ASPECTE DE TEORIE ŞI PRACTICĂ ÎN ÎNGRIJIREA PALIATIVĂ

Jurământul lui Hipocrat – formularea modernă

Formularea modernă a jurământului lui Hipocrat, adoptat de Asociația Medicală Mondială în cadrul Declarației de la Geneva din anul 1975:

"Odată admis printre membrii profesiunii de medic mă angajez solemn să-mi consacru viața în slujba umanității;

Voi păstra profesorilor mei respectul și recunoștința care le sunt datorate;

Voi exercita profesiunea cu conștiință și demnitate;

Sănătatea pacienților va fi pentru mine obligație sacră;

Voi păstra secretele încredințate de pacienți chiar și după decesul acestora;

Voi menține prin toate mijloacele onoarea și nobila tradiție a profesiunii de medic;

Colegii mei vor fi frații mei;

Nu voi îngădui să se interpună între datoria mea și pacient considerații de naționalitate, rasă, religie, partid sau stare socială;

Voi păstra respectul deplin pentru viața umană de la începuturile sale chiar sub amenințare și nu voi utiliza cunoștințele mele medicale contrar legilor umanității.

Fac acest jurământ în mod solemn, liber, pe onoare!"

Notă:

Informațiile și opiniile prezentate în această lucrare sunt cele ale autorilor; aceștia au avut cele mai bune intenții în realizarea acestui material și s-au străduit ca recomandările de îngrijire și de terapie cu medicamente ale pacienților să fie cele corecte. Totuși, autorii și editorul nu își pot asuma responsabilitatea pentru omisiunilile sau erorile apărute.

Revine în responsabilitatea cititorilor ca înainte de folosirea oricărui medicament să consulte prospectul – rezumatul caracteristicilor produsului furnizat de producător.

GABRIELA RAHNEA NIȚĂ

(coordonator)

ANDA-NATALIA CIUHU
ROXANA ANDREEA RAHNEA NIȚĂ
DRAGOȘ EUGEN FRÂNCU

ASPECTE DE TEORIE ŞI PRACTICĂ ÎN ÎNGRIJIREA PALIATIVĂ

Ediția I

EDITURA UNIVERSITARĂ
București, 2013

Colecția MEDICINĂ

Referent științific: Prof. univ. dr. doc. Doina Onicescu

Redactor: Gheorghe Iovan
Tehnoredactor: ing. Cristian Stanciu
Coperta I: René Magritte, "The Large Family"

Editură recunoscută de Consiliul Național al Cercetării Științifice (C.N.C.S.)

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
Aspecte de teorie și practică în îngrijirea paliativă / dr. Gabriela Rahnea Niță (coord.), Anda-Natalia Ciuhu, Roxana Andreea Rahnea Niță, Dragoș Eugen Frâncu. - București : Editura Universitară, 2013
ISBN 978-606-591-745-3

I. Rahnea-Niță, Gabriela (coord.)
II. Ciuhu, Anda-Natalia
III. Rahnea-Niță, Roxana Andreea
IV. Frâncu, Dragoș Eugen

616-083

DOI: (Digital Object Identifier): 10.5682/9786065917453

© Toate drepturile asupra acestei lucrări sunt rezervate, nicio parte din această lucrare nu poate fi copiată fără acordul Editurii Universitare

Copyright © 2013
Editura Universitară
Director: Vasile Muscalu
B-dul. N. Bălcescu nr. 27-33, Sector 1, București
Tel.: 021 – 315.32.47 / 319.67.27
www.editurauniversitara.ro
e-mail: redactia@editurauniversitara.ro

Distribuție: tel.: 021-315.32.47 /319.67.27 / 0744 EDITOR / 07217 CARTE
comenzi@editurauniversitara.ro
O.P. 15, C.P. 35, București
www.editurauniversitara.ro

CUPRINS

I. INTRODUCERE 7
Roxana Andreea Rahnea Niță

II. PRINCIPIILE ȘI FILOSOFIA ÎNGRIJIRII PALIATIVE 8
Gabriela Rahnea Niță

III. DUREREA 15
Anda-Natalia Ciuhu

IV. SIMPTOMELE, ALTELE DECÂT DUREREA 63
Gabriela Rahnea Niță

V. URGENȚE ÎN ÎNGRIJIREA PALIATIVĂ 92
Gabriela Rahnea Niță

VI. ROLUL KINETOTERAPIEI ÎN ÎNGRIJIREA PALIATIVĂ 103
Roxana Andreea Rahnea Niță

VII. COMUNICAREA CU PACIENTUL 107
Roxana Andreea Rahnea Niță, Gabriela Rahnea Niță

VIII. COMUNICAREA CU FAMILIA / ÎNGRIJITORII / CEI CARE CONTEAZĂ PENTRU PACIENT 112
Anda-Natalia Ciuhu

IX. ECHIPA DE ÎNGRIJIRE PALIATIVĂ 123
Anda-Natalia Ciuhu

X. ÎNGRIJIREA SPIRITUALĂ 132
Dragoș Eugen Frâncu

I. INTRODUCERE

Roxana Andreea Rahnea Niță

Inițiativa scrierii lucrării ”Aspecte de Teorie şi Practică în Îngrijirea Paliativă” aparține unor membri ai Societății Române de Paliatologie şi Tanatologie (SRPT) şi continuă demersurile acestei asociații în promovarea şi dezvoltarea acestui model de îngrijire complexă.

SRPT a fost înființată în anul 1998 la inițiativa Profesor Asociat Doctor Constantin Bogdan care a devenit Preşedintele Societății, primul Consiliu de conducere fiind alcătuit din: Dr. Lucian Sandu, Dr. Maria Lungu, Dr. Sebastian Nicolau, Dr. Sorin Petrea, Dr. Gabriela Rahnea Niță, Dr. Dan Rahnea Niță; în anul 2000 această asociație a devenit membru colectiv al Asociației Europene de Îngrijiri Paliative (EAPC) ale cărei scopuri şi obiective sunt: dezvoltarea şi diseminarea îngrijirii paliative la nivel ştiințific, clinic şi social; promovarea implementării cunoştințelor existente, a pregătirii la nivel de universități şi şcoli recunoscute a celor care sunt implicați în îngrijirea pacienților terminali precum şi promovarea cercetării; dezbaterea problemelor etice asociate bolii terminale şi stabilirea unei rețele internaționale pentru schimbul de informații şi expertiză.

Această lucrare se adresează tuturor celor interesați de principiile şi practica îngrijirii paliative, care, prin natura preocupărilor lor sunt chemați să contribuie sau să decidă diagnosticul, orientarea sau aplicarea tratamentului.

În ”Aspecte de Teorie şi Practică în Îngrijirea Paliativă” sunt abordate domenii ca: principiile şi filozofia îngrijirii paliative, terapia simptomelor, urgențele medicale, kinetoterapia, îngrijirea psihologică şi spirituală.

Sperăm ca această lucrare să fie utilă şi să răspundă aşteptărilor celor implicați în acest tip de îngrijire. În măsura în care efortul autorilor răspunde dezideratului pe care şi l-au propus, sperăm ca lucrarea să fie un ajutor prețios în mai buna cunoaştere a acestui domeniu atât de complex şi dificil, precum şi în cercetările care vor urma.

II. PRINCIPIILE ŞI FILOSOFIA ÎNGRIJIRII PALIATIVE

Gabriela Rahnea Niță

Sfârşitul vieții este diferit pentru fiecare persoană, iar nevoile de comunicare, suport şi îngrijire sunt unice.

Moartea poate fi atât de departe de experiența zilnică încât este posibil ca ea să fie negată sau să apară ca o surpriză.

Medicina promovează concepția că moartea este un eşec, mai degrabă decât ceva, care, eventual, se poate întâmpla.

Ideea unei filozofii a îngrijirii paliative a apărut odată cu viziunea doamnei Cicely Saunders, fondatoarea mişcării hospice, asupra unei "morți bune ", şi a fost dezvoltată mai târziu prin definiția îngrijirii paliative formulată de către Organizația Mondială a Sănătății (OMS). Este o filozofie a îngrijirii pacientului, centrată pe calitatea vieții, autonomie, demnitate, moralitate şi etică.

Dame Cicely Saunders spunea: "Contezi pentru că tu eşti tu. Contezi până în ultimul moment al vieții tale, iar noi vom face tot ce putem pentru a te ajuta nu numai să mori în pace, dar şi să trăieşti până când vei muri."

Îngrijirea paliativă este o abordare ce ameliorează calitatea vieții pacienților, familiilor acestora şi a tuturor celor care contează pentru pacienți, care fac față problemelor bolilor amenințătoare de viață, prin prevenția şi ameliorarea suferinței, ceea ce înseamnă identificarea precoce, evaluarea impecabilă precum şi tratamentul durerii şi al celorlalte probleme fizice, psihosociale şi spirituale (1).

Pentru cei care se confruntă cu o boală amenințătoare de viață, totul se schimbă, nimic nu mai este asa cum a fost odată…"De ce mi se întâmplă mie?", "De ce se întâmplă acum?", "Ce aş putea face?", sunt întrebări pe care cei aflați în această situație şi le pun…

Sunt similarități şi diferențe între îngrijirea suportivă/paliativă, îngrijirea hospice şi îngrijirea terminală.

Îngrijirea suportivă se referă la îngrijirea oferită pacienților şi familiilor acestora, care îi ajută să se adapteze la boală şi tratament din etapa prediagnosticului, în timpul procesului diagnosticului şi tratamentului ce poate avea ca scop vindecarea, în timpul evoluției bolii, până la moarte, precum şi în perioada de doliu (2). Acest tip de

îngrijire ajută pacientul să maximizeze beneficiile tratamentului şi să trăiască cât de bine posibil cu efectele bolii, oferind prioritate egală diagnosticului şi tratamentului.

Îngrijirea paliativă oferă ameliorarea durerii şi a celorlalte simptome; afirmă viaţa şi priveşte moartea ca pe un proces normal; nu intenţionează nici să amâne nici să grăbească moartea; integrează aspectele psihosociale şi spirituale; oferă un sistem de suport ce ajută pacienţii să trăiască activ până la moarte; oferă un sistem de suport ce ajută familiile şi pe cei care contează pentru pacient să facă faţă bolii, precum şi în perioada de doliu; foloseşte lucrul în echipă; ameliorează calitatea vieţii şi poate influenţa pozitiv evoluţia bolii; se aplică precoce în evoluţia bolii, conjunctive cu celelalte terapii ce au rolul de a prelungi viaţa şi include investigaţiile ce au scopul de înţelegere mai bună şi de management al complicaţiilor clinice (3,4).

Conceptul de îngrijire paliativă trebuie să fie adaptat şi să reflecte tradiţiile locale, religioase şi culturale, toate acestea variind de la o comunitate la alta, de la o ţară la alta.

Acest tip de îngrijire se oferă de către o echipa interdisciplinară, din care fac parte medicul (de familie, specialist, medicul cu competenţă în îngrijire paliativă), asistentul medical, infirmiera, psihologul, asistentul social, kinetoterapeutul, preotul, dieteticianul, voluntari, familia pacientului (rude de sânge, prieteni, toţi cei dragi pacientului, care contează pentru acesta); în centrul acestei echipe se află pacientul, cu istoria sa personală, cu aşteptări şi speranţe. Echipa de îngrijire stabileşte scopul tratamentului, planul de îngrijire, discută probleme, împarte responsabilităţile, membrii echipei îşi oferă suport emoţional (5,6).

Îngrijirea hospice este o parte a îngrijirii paliative şi se referă la îngrijirea pacienţilor al căror prognostic este de mai puţin de şase luni, atunci când tratamentul specific bolii nu mai este posibil, ci doar îngrijirea; filozofia hospice priveşte moartea ca pe o parte naturală a vieţii şi încurajează dorinţa pacientului pentru demnitate, respect, autonomie asupra îngrijirii sale; managementul durerii şi al celorlalte simptome susţin această filozofie.

Îngrijirea terminală este o parte importantă a îngrijirii paliative şi se referă la îngrijirea unei persoane aflată în ultima parte a vieţii (nu se ştie niciodată cu exactitate, dinainte, momentul în care cineva va muri), de obicei în ultimele zile, săptămâni sau cel mult o lună, din momentul în care devine clar că se află într-un status progresiv de declin .

Toate aceste tipuri de îngrijire se pot oferi atât prin servicii de spitalizare continuă sau de zi, în cadrul secțiilor sau compartimentelor de îngrijire paliativă din spitale, în hospice-uri, cât şi prin servicii de îngrijiri sau îngrijiri paliative la domiciliu.

În timp, au existat numeroase definiții atât ale îngrijirii suportive, cât şi a celei paliative, care au creat numeroase confuzii, atât în rândul personalului medical, cât şi al pacienților. Îngrijirea paliativă este în unele situații, parte a îngrijirii suportive, iar, în alte situații, îngrijirea suportivă este parte a îngrijirii paliative. Este important să se asigure îngrijiri paliative de calitate, înainte ca pacienții să ajungă în stadii terminale ale bolii.

Unii pacienți cred că îngrijirea paliativă se oferă doar în stadiile terminale ale bolii şi că nu vor mai primi tratamente cu intenție curativă. Dimpotrivă, îngrijirea paliativă se oferă de la începutul evoluției bolii, în asociere cu tratamentele specifice bolii.

Îngrijirea paliativă nu este restricționată de timp, aşa cum sunt îngrijirea hospice şi cea terminală, care, ambele, sunt componente ale îngrijirii paliative. Îngrijirea paliativă poate dura ani de zile, nici o terapie specifică nu este exclusă, dacă ameliorează calitatea vieții.

Îngrijirea paliativă se oferă nu numai pacienților cu cancer, ci tuturor acelora care suferă de boli amenințătoare de viață.

Unii cred că îngrijirea hospice asigură doar controlul durerii; nu este aşa, îngrijirea medicală continuă ca şi înainte, dar se opresc tratamentele curative; îngrijirea hospice asigură confortul şi se oferă pacienților care nu mai răspund la tratamentele curative, dar acest lucru îi poate speria pe pacienți. Provocarea pentru îngrijirea hospice este să găsească o cale de tranziție de la îngrijirea paliativă la cea de tip hospice, în care pacientul să poata explora opțiunile de îngrijire, fără să simtă presiuni pentru îngrijirea hospice, ce trebuie privită ca o etapă în continuitatea îngrijirilor. Este dificil de realizat acest lucru, dar nu imposibil.

În ultimele săptămâni şi luni din viața pacienților, opțiunile terapeutice sunt abordate diferit, se evaluează în funcție de oferirea paliației şi a confortului, nu trebuie creat un disconfort suplimentar pentru pacienți, familiile lor şi pentru cei ce contează pentru aceştia. În aceasta perioadă, să oferi mai puțin, de multe ori, poate fi mai bine. Frica, este cel mai important factor care îi face pe cei din jurul pacientului să vrea să facă ceva ce să schimbe situația, să dea timpul în urmă: doresc ca pacientul să continue chimioterapia, radioterapia, sau să meargă în alte țări pentru terapii nedovedite ca fiind eficiente; lor trebuie să li se explice că trebuie să se gândească

la cum se simte pacientul, nu la sentimentele lor, pentru că nu ei sunt în locul pacientului. Pe de altă parte, şi ei au propria suferință, asistă la declinul unei persoane dragi, pe care o vor pierde. Este o perioadă în care echipa de îngrijire trebuie să dea dovadă de deschidere, onestitate, disponibilitate, să fie pregătită să raspundă întrebărilor dificile (nu se prelungeşte viața, ci doar moartea).

Totodată, se stabileşte un plan de îngrijire, de comun acord cu pacientul şi familia sa, ascultând temerile şi anxietățile acestora, venind în întâmpinarea lor şi asigurându-i că vom fi lângă ei în cele mai dificile momente ale vieții lor.

Este o perioadă în care sprijinul preotului, al asistentului social şi al voluntarilor din comunitate este de mare ajutor, dacă pacientul doreşte acest lucru. Vorbim despre coordonare, interdisciplinaritate şi continuitatea îngrijirii în ultima perioadă a vieții.

Evaluarea, supravegherea, reevaluarea

Evaluarea pacientului înainte de inițierea intervențiilor paliative, supravegherea acestuia după evaluare, sunt parametri ce asigură ameliorarea adecvată a simptomelor şi suferinței, putându-se astfel oferi fiecarui pacient un tratament personalizat.

Evaluarea inițială va descrie nevoile pacientului şi va sta la baza planului de îngrijire, în funcție de aceste nevoi şi de contextul în care se află acesta. Este important să se evalueze cauzele reversibile şi tratabile ale simptomelor, dar şi managementul simptomelor.

Această evaluare va avea în vedere tratamentele anterioare şi actuale, contextul îngrijirii (unde şi cu cine locuieşte pacientul, cine oferă îngrijirea, resursele emoționale, situația financiară, nevoile pacientului şi ale familiei sale), simptomele fizice (durerea şi celelalte simptome), aspectele spirituale.

Multe dintre simptome depind de sentimente subiective, de aceea autoevaluarea pacientului este preferabilă (scale numerice sau analog vizuale, ce evaluează intensitatea majorității simptomelor). Mulți pacienți nu sunt capabili să îşi facă autoevaluarea, datorită declinului cognitiv şi funcțional; la aceştia, evaluarea va fi făcută de cei care îi îngrijesc sau de personalul medical.

Statusul de performanță este un alt parametru important, întrucât evidențiază nevoile pacientului. Se pot folosi:

Scorul scalei Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), o scală cu patru trepte, după cum urmează:

- 0: pacient total activ, capabil să se descurce şi să desfăşoare singur orice activitate, fără restricții
- 1: pacient capabil să se deplaseze, să desfăşoare o activitate uşoară acasă sau la serviciu
- 2: capabil să se deplaseze şi să se îngrijească singur, dar incapabil să lucreze
- 3: capabil să se îngrijească singur cu limite, stă la pat sau în fotoliu mai mult de 50% din timpul în care este treaz
- 4: nu se poate deplasa, nu se poate îngriji, stă la pat sau în fotoliu tot timpul

Scala de Performanta Paliativă (PPS), care este Scala de Performanță Karnofsky (KPS) modificată, pentru a măsura statusul fizic în îngrijirea paliativă şi care ia în considerare posibilitatea pacientului de a se deplasa, de autoîngrijire, extensia bolii, aportul oral hidric şi nutritiv şi nivelul de conştiință, având valori descrescătoare de la 100% la 0%.

Indexul de Prognostic Paliativ (PPI), care foloseşte PPS şi care ia în considerare aportul oral, edemul, dispneea în repaus şi delirul (7).

Evaluarea este un proces continuu, de aceea **supravegherea şi reevaluarea** sunt deosebit de importante, eficacitatea fiecărui tratament trebuind să fie monitorizată şi adaptată în concordanță cu răspunsul terapeutic. După evaluarea inițială se continuă o reevaluare regulată; se monitorizează simptomele nou apărute şi se inițiază tratamentul acestora, precum şi terapiile în curs, pentru a evalua dacă sunt indicate în continuare. Terapiile pentru tratamentul durerii, al dispneei precum şi al altor simptome se continuă până la momentul decesului.

La câteva săptămâni sau luni de la decesul pacientului, se recomandă ca familia acestuia să completeze un chestionar simplu de satisfacție asupra îngrijirii oferite.

Ameliorarea simptomelor

Managementul durerii şi al celorlalte simptome (dispnee, greață, vărsături, constipație, confuzie, anxietate, depresie, fatigabilitate şi altele) este un element esențial al îngrijirii paliative.

Medicația breaktrough este recomandată când apare o exacerbare a durerii sau a altor simptome şi când este necesar un tratament rapid ce să amelioreze simptomul respectiv.

Adaptarea la diagnosticul şi prognosticul unei boli amenințătoare de viață, va produce un stres psihologic şi spiritual important; terapia simptomelor ce însoțesc acest stres va contribui la ameliorarea calității vieții (8,9).

Sedarea paliativă

Foarte rar, pacienții prezintă unele simptome ca durerea, dispneea, agitația, care sunt rezistente la intervențiile paliative. Acestora li se poate oferi sedarea paliativă, ce reduce nivelul constienței până la un nivel în care simptomul este ameliorat, dar **numai dacă pacientul doreşte** acest lucru, şi dacă toate celelalte tratamente au eşuat. Cei mai mulți pacienți preferă să sufere datorită acestor simptome fizice, decât să îşi piardă capacitatea cognitivă.

Decizii etice

Sunt necesare hidratarea şi nutriția artificială dacă aportul oral este imposibil?

Nutriția are o semnificație simbolică, atât timp cât pacientul este hrănit, există o şansă ca lucrurile să se îndrepte către bine. Dintotdeauna, oamenii şi-au manifestat sentimentele față de cei dragi prin pregătirea mesei şi servitul acesteia împreună.

Această intervenție are atât unele avantaje, mai mult de natură psihologică, dar şi reacții adverse, care pot agrava starea pacientului. Poate fi înlocuită prin prezența gentilă, atingerea pacientului, vorbitul cu acesta, umezirea buzelor şi a cavității bucale, ascultarea muzicii preferate, rugăciune.

Dacă pacientul doreşte hidratarea artificială, atunci se ține cont de dorința sa, şi i se administrează mici cantități de fluide, 500-1000 ml/zi, în infuzie subcutanată.

Ce facem când pacientul ne spune că doreşte să moară mai repede ?

Neînceperea sau întreruperea tratamentelor ce susțin viața sunt componente ale îngrijirii paliative, boala este lăsată să îşi urmeze evoluția naturală.

De fapt, cei mai multi pacienți vor să spună că nu mai doresc să trăiască astfel; comunicarea problemelor şi a temerilor, împărtăşirea acestora, vor duce la găsirea soluțiilor pentru trăirea ultimelor momente din viață cu o calitate acceptabilă a acesteia (10).

Bibliografie

1. **WHO** (2002) “Paliative Care” (http:www.who.int.hiv topics paliative PaliativeCare en)

2. **Sato K, Miyashita M, Morita T, Sanjo M, Shima Y, Uchitomi Y,** Quality of end-of-life treatment for cancer patients în general wards and the paliative care unit at a regional cancer center în Japan: a retrospective chart review, Supportive care în cancer (2008), 16: 113-122

3. **Watson, M et al** Oxford handbook of paliative care, New York: Oxford University Press(2005)

4. **Lorenz KA, Lynn J, Dy SM, Shugarman LR, Wilkinson A, Mularski RA, Morton SC, Hughes RG,** Evidence for improving paliative care at the end of life: a systematic review. Ann Intern Med. 2008 Jan 15;148(2):147-59.

5. **Steinhauser KE, Christakis NA, Clipp EC, McNeilly M, McIntyre L, Tulsky JA.** Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other careproviders. JAMA 2000; 284:2476-2482.

6. **Miller KE, Miller MM, Zylstra R**. Providing quality care at the end of life. Family Practice Recertification 2001;22:25-38.

7. **Radbruch L, Downing J.** Principles of Paliative Care; Guide to Pain Management în Low-Resource Settings; 2010; 47-57.

8. **Ciuhu AN, Rahnea Niță G, Tuinea LA,** Adaptarea pacienților la diagnosticul de cancer – proces complex şi dinamic; Revista Paliatia, Vol 6, nr. 2, aprilie 2013

9. **Grigorean VT, Rahnea Nita G, Rahnea Nita RA, Popescu M, Sandu AM, Lupascu CD, Ciuhu AN,** Prostate Cancer – Peculiarities of the Process of Adaptation to the Disease; Clujul Medical, No. 2, Vol. 86, 2013

10. **Woelk C, Harlos M.** Guideline for Estimating Length of Survival in Paliative Patients; http://paliative.info/teaching_ material/Prognosis.

III. DUREREA

Anda Natalia Ciuhu

Durerea este o senzație (conştientizarea unui stimul noxius) şi o experiență neplăcută (sentimente intense neplăcute) (1) generată de alterarea tisulară reală sau potențială.(2). Este un proces dinamic şi complex, unic experimentat de fiecare individ în parte, fiind modulat de componenta senzorial-discriminativă (intensitatea, calitatea, localizarea, durata durerii), componenta afectivă-emoțională (specifică fiecărui individ) şi componenta cognitivă (prin procesul de învățare.(2, 3)

Datorită complexității mecanismelor, tratamentelor şi manifestărilor clinice, cu importanță deosebită în controlul precoce şi eficient, durerea devine, în prezent, o nouă ştiință şi un domeniu nou de specializare pentru personalul medical. (4)

Sindromul algic la pacienții cu cancer este complex, cu etiologie diversă, mecanisme fiziopatologice intricate, dureri cu localizări multiple, cu caractere mixte. Frecvent asociază sentimente de neajutorare, anxietate, depresie, insomnii, cu afectarea calității vieții, relațiilor interpersonale. Tratamentul durerii din cancer nu este dependent de prognosticul sau stadiul bolii.

Important!
Nu este specific numai stărilor avansate sau terminale ale bolii.

La pacienții cu cancer sindromul algic poate apare în toate stadiile bolii, uneori fiind prezent încă de la debutul bolii sau fiind prima manifestare a cancerului. Analgezia rapidă şi eficientă previne dezvoltarea sindroamelor dureroase cronice, creşte calitatea vieții pacientului, permite diagnosticul precoce al recidivelor sau metastazării.

La pacienții cu cancer cea mai frecventă durere întâlnită este durerea cronică, însoțită de durere episodică. Are o prevalență de 64% în boala metastatică, avansată sau stadiul terminal, 59% la pacienții aflați în tratament antineoplazic şi 33% după tratamentul curativ. Se raportează un procent de 56% până la 82,3% din pacienți cu tratament inadecvat al durerii. (3, 5) Cauza cea mai frecventă care

conduce la tratamentul inadecvat al durerii este evaluarea incorectă a sindromului algic.(6)

Clasificare

După mecanismul fiziopatologic de apariție discutăm despre durerea de tip: nociceptivă (somatică şi viscerală), neuropatică (centrală, periferică şi simpatica), idiopatică şi psihogenă.

Durerea nociceptivă somatică: *Caracteristici:* se datorează distrucției țesuturilor somatice şi este bine localizată, superficial sau aproape de suprafața corpului.(2,7,8)

Durerea nociceptivă viscerală: *Caracteristici:* se datorează afectării viscerale, obstrucției organelor cavitare, ischemiei şi este profundă, prost localizată, cu caracter de "presiune".(2,7,8)

Durerea neuropată: *Caracteristici:* este produsă prin afectarea sau distrucția țesutului nervos, fiind prezentă sub formă de "arsură", "şoc electric", "furnicături", asociată cu parestezii. Durerea neuropată reprezintă o provocare pentru clinician, fiind un simptom greu controlabil, considerată, până în prezent, o durere rezistentă la tratamentul cu opioide.(1,2,7,9).

După debut, durerea este clasificată în: acută, cronică şi episodică (durerea breakthrought):

Durerea acută: *Caracteristici:* bine localizată, discriminativă, durează până la îndepărtarea stimulului dureros, se însoțeşte de stimularea sistemului nervos autonom (midriază, tahicardie, tahipnee, transpirații, vasoconstricție, greață, hiperglicemie), răspuns psihologic şi comportamental (frică, anxietate); (2,7)

Durerea cronică: *Caracteristici:* durere cu durată de cel puțin 2 luni, cu debut insidios, însoțită de modificări semnificative comportamentale şi psihologice (depresie, sentimente de neajutorare, insomnie, tendință de negare); (2,7)

Durerea episodică: *Caracteristici:* apare frecvent pe un episod de durere cronică, menține caracteristicile unei dureri acute (2, 10).

O importanță deosebită în patologia neoplazică se acordă **durerii de tip „breakthrough"**, care necesită un diagnostic corect şi tratament specific. În funcție de evenimentul care o produce se împarte în:

Durerea idiopatică/spontană – apare fără o cauză specifică, neaşteptat;

Durerea incidentă/precipitată – are o cauză specifică, fiind subclasificată în:

- **Durerea incidentă voluntară** – determinată de un act voluntar;

- **Durerea incidentă involuntară** – determinată de un act involuntar;
- **Durerea procedurală** – determinată de o procedură terapeutică.

Important!

Durerea „de final de doza”, considerată până de curând un subtip al durerii breakthrough, dar este o consecință a tratamentului inadecvat al durerii „de fond”. (8,11,12)

Clasificarea durerii	
Criteriu	**Tipologie**
Etiologie	→ **Evoluția tumorii: compresie, ischemie, inflamație** → **În stadiile avansate de boal**ă, prin pierderea rapidă în greutate, proceselor hipercatabolice, imobilizare; (GYACP) → **Tratamentul antineoplazic: chimioterapie, hormonoterapie, radioterapie, chirurgie** → **Procedurile diagnostice sau de tratament: venopuncție, biopsie medulară, puncție lombară** → **Patologie asociată (diabet zaharat, angor pectoris, ulcere de decubit)**
Fiziolopatologie	→ **Nociceptivă: somatică şi viscerală** → **Neuropată** → **Mixtă (nociceptivă/neuropată)** → **Idiopatică sau psihogenă** → **Somatizarea**
Debut	→ **Acută** → **Cronică** → **Breakthrough**
Durată	→ **Constantă, intermitentă, mixtă**
Stadiul bolii / status de performanță	→ **Stadiul precoce vs. boală avansată, boală vindecabilă vs. boală terminală;**
Răspuns la tratament	→ **Înalt, moderat sau non-responsivă la tratament**
Intensitate	→ **Discomfort, Medie, Moderată, Severă**

Tabel 1: Clasificarea durerii după caracteristici: (4)

Evaluarea şi reevaluarea durerii:

Este prima etapă a tratamentului durerii, foarte importantă în clasificarea simptomului şi în alegerea corectă a terapiei. Se abordează holistic, evaluându-se totodată şi componentele psiho-socială şi spirituală. (13)

Durerea „totală” este coroborarea componentelor fizice, psiho-sociale şi spirituale. (3,8)

Important!

În abordarea modernă se recomandă monitorizarea durerii drept al cincilea semn vital (14,15), devenind semnul primordial în îngrijirea terminală.

Procedură Mnemonică: **DIRECTIVA**: **D** = factori **d**eclanşatori (Ce produce durerea?), **I** = **i**storic (De când a debutat?, Cum a evoluat?), **R** = **r**egiune (Unde este localizată?, Unde iradiază?), **E** = **e**xaminare clinică (cu accent pe examenul neurologic), **C** = **c**alitatea (Cu ce o aseamănă?, Ce alte semne sau simptome o însoțesc?), **T** = factori **t**emporali (Cât durează?, Când apare?), **I** = **i**ntensitate (Cât este de mare durerea?, utilizarea scalelor de evaluare), **V** = factori **v**oluționali (Are legătură cu mobilizarea?, Cum influențează activitatea zilnică?, cu atenție deosebită la anxietate, depresie, ideație suicidară;), **A** = **a**lți factori (Ce o linişteşte?, Ce medicația s-a administrat până în prezent?, Cum a răspuns la tratamentul anterior?, evaluarea psihosocială şi spirituală, prezența opioidofobiei) (5, 16) (13.).

Important!

Pacientul trebuie crezut când spune că are durere!

Majoritatea pacienților raportează dureri cu localizări diferite, caractere diferite, tipologie diferita. 70% dintre pacienți prezintă asociate 2 sau mai multe sindroame dureroase (8,17). Trebuie evaluată fiecare durere, în parte. Intensitatea sindromului algic se apreciază cu ajutorul scalelor de evaluare: vizual analogă, verbală, numerică sau chestionare (The Brief Pain Inventory, Pain Assessement Tool (*Initial Pain Assessement*)). (Figura 1)

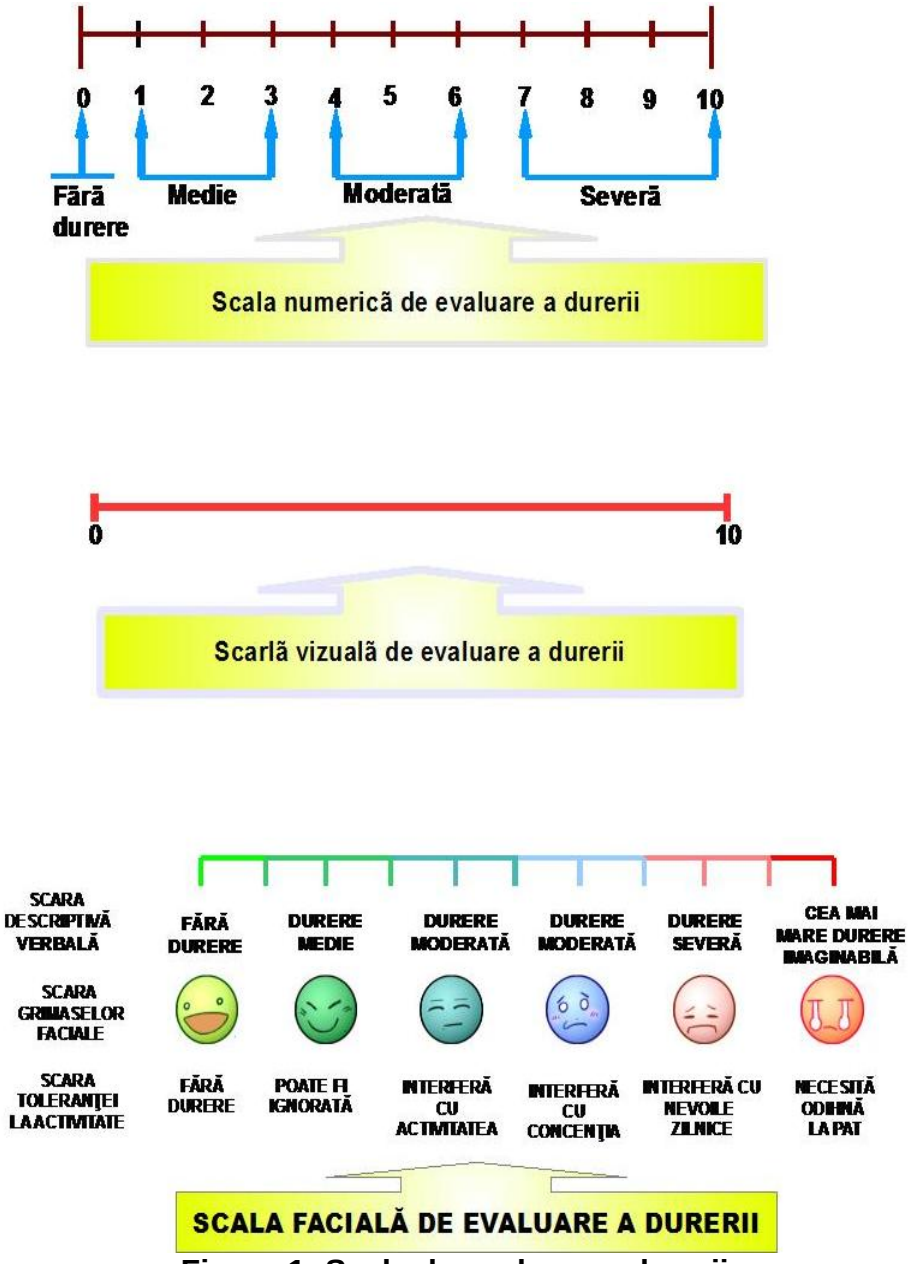


Figura 1: Scala de evaluare a durerii

Reevaluarea durerii:

La inițierea tratamentului, pacientul este reevaluat la vârful de acțiune sau la finalul efectului antialgicului administrat, intervenindu-se dacă este nevoie. Dacă durerea este controlată pacientul este reevaluat la fiecare 24 ore, inițial, ulterior săptămânal sau la fiecare

vizită. În cazul când simptomatologia este necontrolată, reevaluarea se face la fiecare 4 ore sau mai frecvent (4).

De asemenea, se face reevaluare completă dacă s-au schimbat caracteristicile durerii sau este descrisă o durere nouă, nesemnalată până la momentul respectiv.

Dicționar de termeni:

DURERE SUPRATENTORIALĂ: termen medical care exprimă neîncrederea că pacientul prezintă durere fizică;

DURERE IDIOPATICĂ: nu se cunoaşte patologia sau cauza durerii descrise sau intensitatea durerii depăşeşte expentanța din punct de vedere al patologiei organice (8);

DUREREA PSIHOGENĂ: manifestare a afecțiunii psihiatrice primare sau este influențată de procesul psihologic (2);

SOMATIZAREA: suferința spirituală sau psihosocială este proiectată sub formă de durere fizică la nivelul întregului organism sau a unei părți (2). Criterii de diagnostic:

- pacientul descrie durere generalizată;
- este identificată o componentă spirituală sau psihosocială importantă;
- nu este identificată cauza fizică;
- simptomatologia se ameliorează când atenția pacientului este distrasă (socializare, activitate fizică);
- creşterea dozei tratamentului antialgic determină toxicitate, fără ameliorarea simptomatologiei;
- istoric de formă de abuz: sexual, fizic, psihosocial;
- istoric familial de adaptare deficitară la boală.

ALLODINIA: un stimul, considerat în condiții normale nedureros, produce durere pe țesuturi aparent indemne (2,4);

DUREREA "BREAKTHROUGH": puseu dureros, de obicei sever, care apare pe o durere cronică controlată prin tratament antialgic (4,8,11,12;)

DUREREA "CRESCENDO": creştere rapidă în intensitate a durerii, în condiții de disconfort crescut şi deteriorare funcțională (4);

DUREREA DE DEAFERENTARE: durere debutată după lezarea unei rădăcini nervoase sau unui nerv periferic şi pare a avea predominant mecanism central (2,4,8);

DIZESTEZIA: senzație anormală neplăcută, cu caracter de "arsură", "curent electric", "furnicături", şi poate asocia deficit senzorial (2);

PARESTEZIA: se deosebire de dizestezie, este senzație anormală de anestezie, dar nedureroasă, descrisă drept "amorțeală", "înțepături", "furnicături" (2);

HIPERALGEZIA: răspuns dureros de intensitate anormal crescută la un stimul dureros (2,4);

DURERE LANCINANTĂ: cu caracter de "junghi", "cuțit" (4);

NEURALGIA: durere la traiectul unui nerv, resimțită frecvent sub forma unor şocuri electrice (2,4);

PAROXISM DURER0S: atacuri periodice sau recurente, neaşteptate(2);

DUREREA REFRACTARĂ: durerea intractabilă, intolerabilă, ce nu este controlată adecvat, în ciuda tratamentului agresiv, fără compromiterea stării de conştiență. Este, cel mai frecvent durere neuropată, datorată invaziei tumorale la nivelul meningelui cerebral, măduva spinării, plexuri nervoase şi nervi periferici (3,4);

DUREREA DIFICILĂ: spre deosebire de durerea refractară, nu a fost corect tratată, necesită tratament agresiv intens pentru un control rapid (8).

CRIZA DE DURERE: durerea acută, severă, care depăşeşte mecanismele de adaptare ale pacientului şi familiei. Este o urgență a îngrijirii paliative (4).

DUREREA REFLECTATĂ/ DUREREA TRANSFERATĂ: durere localizată la distanță de punctul de origine, dar în arii deservite de acelaşi nerv spinal (2).

DUREREA CENTRALĂ: apare prin lezarea CNS sau măduvei spinării. Se manifestă prin alterarea sensibilității în aria dureroasă afectată, fără afectare locală la nivelul respectiv;

DUREREA MENȚINUTĂ SIMPATIC: durere sechelară lezării nervului simpatic sau țesutului, cu caracter de "arsură", însoțită de afectare senzorială care respectă teritoriul vascular, răspunde la blocada plexului simpatic (8);

SINDROMUL REGIONAL COMPLEX DURER0S: asociat modificărilor trofice şi autonome după lezarea țesuturilor moi sau nervului (8).

Sindroame dureroase acute:

Cel mai frecvent se datorează procedurilor terapeutice sau diagnostice.

Dureri acute datorate procedurilor diagnostice:

♦ Cefaleea datorată puncției lombare: poate debuta la câteva ore sau zile după intervenție, sub forma unui disconfort la nivel occipital, cu iradiere în regiunea frontală sau în umăr, asociat cu greață

sau vărsături. Poate dura 1-7 zile. Tratament: hidratare, odihnă, analgezice; formele severe: cafeina oral sau intravenos (17,18).

♦ Puncție – biopsie transtoracică: poate asocia dureri severe în tumori neurogene (17).

♦ Biopsia prostatică transuretrală: poate persista până la 4 săptămâni după biopsie. Tratament: injectarea de lidocaină periprostatic şi blocada nervului pudental unilateral (17,18).

♦ Paracenteza, toracocenteza (17).

♦ Mamografia: poate determina dureri cu intensitate moderată până la severă. în general, cu durată scurtă.(17,18)

♦ Colonoscopie. (18)

Sindroame dureroase acute datorate procedurilor terapeutice:

Cel mai frecvent tip de durere tratată inadecvat. În majoritate, sunt tranzitorii, cu ameliorare lentă.

♦ Durerile postoperator cu durată prelungită şi severitate mare trebuie evaluate prompt, pot semnala apariția complicațiilor (ex. Suprainfecția). Durerile postoperator au o durată de la câteva zile până la 1 săptămână. (17,18,19)

♦ Ablația cu radiofrecvență: utilizată în metastazele hepatice, se poate asocia cu dureri în cadranul abdominal drept superior sau cu durere cu iradiere în umărul drept. (17)

♦ Criochirurgia: determină durere locală cu durată de aproximativ 2-7 zile. Utilizată în tratamentul cancerului colului uterin poate determina un sindrom dureros acut cu caracter de crampe abdominale. Nu poate fi prevenită prin administrarea profilactică de AINS. (17)

♦ Alte intervenții: embolizarea tumorală, pleurodeza chimică, nefrostomia, transplantul medular.(17,18)

Sindroame dureroase acute datorate tratamentului antialgic:

♦ Injectarea locală de anestezic: lidocaina administrată intredermic sau subcutanat produce o senzație de arsură înainte de obținerea analgeziei. Poate fi evitată prin utilizarea de soluții tamponate sau prin utilizarea soluțiilor încălzite sau prin încetinirea ratei de injecție. (17)

♦ Administrarea opioidului injectabil:

- injectarea intramusculară sau subcutană este dureroasă, fiind influențată de doza injectată. Administrarea intramusculară repetată nu este indicată!

- cefaleea urmată administrării opioidului se poate datora eliberării crescute de histamine. Apare mai frecvent în tratamentul cu morfină, iar în acest caz se poate schimba tratamentul cu derivate cu eliberare mai mică de histamină, cum ar fi oxymorfon sau fentanyl. (19)

- injectarea de doze mari de opioid intratecal sau epidural se poate complica cu hiperalgezie (dureri perineale, la nivelul feselor sau membrelor inferioare), poate asocia mioclonii, piloerecție, priaprism. Se remite după îndepărtarea stimulului. (17 ,19)

♦ Terapia cu Strontium-89, Samarium-153: se caracterizează prin agravarea sindromului algic la 1-2 zile după tratament, cu amendarea simptomatologiei după 3-5 zile(17,18)

Sindroame dureroase acute datorate tratamentului anti-neoplazic

Asociate tehnicilor de administrare a chimioterapiei:

♦ Perfuzia intravenoasă: poate apare durere la locul injectării citostaticului datorită: spasmului venos, flebitei chimice, extravazării produşilor vezicanți, eritemului asociat antraciclinelor.(17)

♦ Tratamentul intraarterial hepatic: determină dureri abdominale difuze, datorate în unele cazuri, ulcerațiilor gastrice sau colangitei. După oprirea tratamentului şi remiterea sindromului algic se poate relua administrarea cu doze scăzute.(17,18)

♦ Administrarea intraperitoneală: poate fi urmată de dureri tranzitorii asociate cu senzație de plenitudine şi balonare. Durerile moderate sau severe pot semnala o suprainfecție sau serozită chimică (la mitoxantron, doxorubicină, paclitaxel), asociate cu febră şi leucocitoză sugerează o peritonită infecțioasă. (17,19)

♦ Administrarea intravezicală: determină polakidisurie tranzitorie sau cistită chimică. Rar, tratamentul cu BCG se poate asocia cu poliartrită sau sindrom Reiter. (17)

♦ Administrarea intratecală: cefalee. (17,18)

Durerile acute datorate toxicității chimioterapiei:

♦ Mucozita: cea mai frecventă complicație a chimio- şi radioterapiei, necesitând tratament antialgic sistemic şi local. (17 ,19)

♦ Disconfortul perineal indus de corticoizi: senzație tranzitorie de arsură la nivel perineal la injectarea în bolus a doze mari de dexametazonă (20-100 mg) (17,18,19)

♦ Pseudoreumatismul steroid: mialgii difuze, artralgii, slăbiciune musculară; apare la întreruperea bruscă a corticoidului indiferent de perioada de administrare.(17)

♦ Neuropatia periferică: poate fi severă şi persistentă. Este localizată la nivelul palmelor şi plantelor, cu caracter de arsură, agravată de stimularea cutanată. (17,19)

♦ Dureri osoase difuze (17,18,19)

♦ Artralgia şi mialgia induse de paclitaxel: poate apare la 1-4 zile de la administrare, cu durata de 3-7 zile. Răspunde la tratament cu dexametazonă. (17)

♦ Angina pectorală la administrarea 5-Fluorouracil: datorată vasospasmului coronarian.(17,19)

♦ Eritrodizestezia palmo-plantară: senzație de arsură la nivelul palmelor şi plantelor însoțită de eritem. Tratament: piridoxină; (17)

♦ Ginecomastia postchimioterapie: poate apare la 2-9 luni după administrarea tratamentului cancerului testicular, fiind considerată o consecință a secreției inadecvată de androgeni; (17, 19)

♦ Sindrom Raynaud's: rar, poate conduce la ischemie şi gangrenă, cel mai frecvent este tranzitor; (17)

♦ Dureri la nivelul tumorii: apar la câteva minute după administrarea chimioterapiei, pot fi moderate sau severe. (17)

Durerile acute asociate tratamentului hormonal:

♦ Sindomul de “flare” tumoral la administrarea de LHRH în cancerul prostatei: exacerbarea durerilor osoase, retenție urinară, compresie medulară, moarte subită; apare în prima săptămână de tratament, cu durată de 1-3 săptămâni, în absența tratamentului antiandrogenic. (17,18,19)

♦ Sindromul de “flare” dureros la tratamentul hormonal în cancerul mamar: poate debuta la câteva ore sau săptămâni după inițierea tratamentului. Se poate asocia cu eritem la nivelul metastazelor cutanate, hipercalcemie (17,18)

♦ artralgia la inhibitorii de aromatază: rigiditate matinală la nivelul articulațiilor, frecvent multifocală. Tratament: doze mari de vitamina D(17)

Durerile acute asociate imunoterapiei: artralgii la tratamentul cu IFN, cu debut la inițierea tratamentului. Tratament: paracetamol (17)

Durerile acute asociate administrării bifosfonaților: apar în primele 24 ore după tratament, auto-limitante, pot necesita tratament antialgic.(17,8,19)

Durerile acute asociate factorilor de creştere (17,19)

- dureri osoase sau mialgii, de intensitate moderată în timpul administrării factorilor de creştere leucocitari. Tratament: dexa-metazonă

- dureri la locul injectării eritropoetinei. Tratament: diluția de 1,0 la 0,1 ml sau administrarea de lidocaină local.

Durerile acute datorate radioterapiei:(17,18)

♦ mucozita orofaringiană, stomatita, faringita: frecvent este severă, persistă săptămâni după completarea tratamentului, interferă cu alimentația

♦ enterita şi proctocolita postradioterapie: crampe abdominale asociate cu greață şi diaree sau tenesme rectale şi sângerări. Evoluție: până la 2-6 luni

♦ plexopatia brahială: dureri, slăbiciune, parestezii, cu evoluție auto-limitantă, apare la 3-6 luni după radioterapia peretelui toracic

♦ mielopatia subacută postradioterapie: poate debuta la săptămâni, luni după completarea radioterapiei care prinde în câmpul de iradiere coloana vertebrală cervicală sau toracică. (17,19)

Sindroame dureroase acute datorate evoluției bolii neoplazice: (18)

♦ Fracturi în os patologic

♦ Obstrucție acută a organelor cavitare (ocluzie intenstinală, obstrucția ureterală, obstrucția colului vezical), inflamația şi ischemia peritoneului, organelor pelvine, pleură, pericard;(18,20)

♦ Hipertensiunea intracraniană: frecventă în metastaze cerebrale, leptomeningeale (20);

♦ Hemoragia intratumorală

Sindroame dureroase acute datorate infecțiilor:

- mialgia şi artralgia din sepsis;
- nevralgia post-herpetică;
- durerile asociate plăgilor superficiale sau abceselor (18,19).

Sindroame cronice dureroase:

Pot debuta la câteva luni sau chiar ani de la completarea tratamentului, fiind, cauzate de evoluția tumorii (recidivă, continuare de evoluție, metastazare), în cele mai multe cazuri sau tratamentelor anticancer administrate (chimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, factori de creştere, transplantul medular, tratamentul chirurgical). Cauzele cele mai importante: metastazele osoase, compresia structurilor nevraxiale.

Riscul ca un pacient să dezvolte o durere cronică este în interrelație cu tipul tumorii (localizare, histologie, stadiul), tratamentul efectuat (tratamentul combinat creşte riscul de a dezvolta ulterior un

tip de durere, doze, tehnica), comorbiditățile asociate (diabet zaharat, poliartrită reumatoidă). (17,18)

Durerile osoase:

Sindroame vertebrale: Caracteristici: durerile interesează coloana vertebrală la mai multe nivele, preced sindromul de compresie medulară. Tratamentul precoce poate preveni deficitele neurologice ulterioare.

Fractura odontoidală şi distrucția atlantoaxială: Caracteristici: durere occipitală sau nucală, care iradiază de la baza craniului spre vertex, fiind exacerbată în special de flexia gâtului.

Sindromul C7-T1: Caracteristici: durere la nivelul regiunii interscapulare.

Sindromul T12-L1: Caracteristici: se poate localiza durerea la nivelul crestei iliace ipsilaterale sau articulației sacroiliace.

Sindromul sacrat: Caracteristici: durere focală severă la nivelul feselor, perineului sau părților posterioare ale coapselor. Exacerbată de poziția "în şezut", sau clinostatism, ameliorată de ortostatism sau deplasare. Poate conduce la sindrom piriform – durere la nivelul feselor sau coapselor agravată de rotația internă a bazinului.

Compresia epidurală: Caracteristici: cauzată, cel mai frecvent, de extensia metastazelor osoase vertebrale în spațiul epidural sau invazia tumorală. Simptomul precoce este durerea, cu localizare în funcție de nivelul de compresie, urmată de slăbiciunea musculară, deficite neurologice, cu agravare progresivă până la paralizii complete. (tabelul 2)**(17,20)**

Caracteristicile durerii din compresia epidurală:
∗ progresie rapidă, ∗ durere radiculară cu caracter spontan sau lancinant, ∗ unilaterală – în compresia cervicală sau lombosacrată sau bilaterală, ca un corset sau centură toracică sau abdominal superior – în compresia toracală; ∗ exacerbată de: tuse, strănut, decubit dorsal.

Tabelul 2. ***Caracteristicile durerii din compresia epidurală***

Durerea cronică la nivelul pelvisului şi şoldului: Caracteristici: Durerea este localizată, devine incidentă la mobilizare, cu iradiere la nivelul genunchilor, fața medială a coapselor.

Crampa musculară: Caracteristici: Poate fi cauzată de afectarea plexului nervos, polimiozită, hipomagneziemie sau tratamente cu: imatinib, goserelin sau vincristină.

Cefaleea: Poate fi primul simptom în afectarea cerebrală, fie metastatică, fie primară, fiind cauzată de tracționarea țesuturilor vasculare sau durale. Este, în general, pulsatilă, continuă, poate fi focală (la nivelul regiunii afectate) sau poate fi generalizată. În lezarea fosei posterioare, durerea este bifrontală. În afectarea leptomeningelui, cefaleea este generalizată, asociată cu durere radiculară la nivel lombosacrat sau la nivelul feselor, semne neurologice, diplopie, hipoacuzie, confuzie, tulburări de memorie. (17,18,20)

Sindroame dureroase cronice prin afectarea bazei craniului: (17,19)

Afectarea bazei craniului apare în cancerele cu metastazere osoasă (pulmonare, mamare sau prostatice), poate fi evidențiată prin examen RMN şi puncție lombară care să excludă metastazele leptomeningiale. În funcție de zona afectată poate exprima mai multe sindroame dureroase. (tabelul 3)

Sindroame dureroase cronice prin afectarea bazei craniului	***Caracteristici***
Sindromul orbital	Durere progresivă în aria ochiului afectat retroorbitală sau supraorbitală; Asociată cu vedere "încețoşată" sau diplopie; Semne: proptoza, chemoza ochiului, edem papilar ipsilateral, afectarea n. trigemen.
Sindromul paraselar	Durere supraorbitală sau frontală unilaterală Asociată cu diplopie Semne: edem papilar, hemianopsie, quadrantinopsie.
Sindromul fosei mediane	Durerea este localizată la nivelul obrajilor sau mandibulei (în aria de inervare a ramului II sau III al trigemenului), continuă sau paroxistică sau lancinată; Semne: parestezii, hiperestezie trigeminală, slăbiciunea muşchilor masticatori ipsilaterali.

Sindromul foramenului jugular	Durerea iradiază la nivelul urechii ipsilaterale sau al regiunii mastoidiene, gâtului, umărului ipsilateral sau se prezintă sub forma de nevralgie a nervului glosofaringian, cu sau fără sincope. Semne: sindrom Horner ipsilateral, parestezii ale palatului, corzilor vocale, nervului sternocleidomastoidian sau trapezului, disfonie, disfagie. Poate apare şi pareza ipsilaterală a limbii.
Sindromul condilului occipital	Durere occipitală unilaterală, agravată de flexia gâtului, poate fi severă; Semne: limitarea mobilizării gâtului, tensiune la palparea joncțiunii occipito-nucale, paralizia nervului hipoglos ipsilateral.
Sindromul de clivus	Cefalee la nivelul vertexului, exacerbată de flexia gâtului. Semne: disfuncții ale nervilor cranieni VI-XII, uni- sau bilateral.
Sindromul sinusului sfenoid	Durere bifrontală sau retroorbitală, cu iradiere în regiunea temporală. Semne: congestie nazală sau diplo-pie, pareza nervului cranian VI, uni sau bilaterală.
Nevralgia trigeminală	Durerea poate fi continuă, paroxistică sau lancinată, poate fi produsă de tumori la nivelul fosei posterioare sau metastaze leptomeningeale. Poate fi un semn precoce al neurinomului de nerv acustic; ! Poate ascunde o neoplazie asociată.

Tabelul 3. ***Sindroame dureroase cronice prin afectarea bazei craniului***

Sindroame dureroase cronice ale sistemului nervos periferic: (17,19)

Frecvent sunt datorate invaziei tumorale sau tratamentului (chirurgie sau radioterapie).

Plexopatia cervicală: Caracteristici: durere localizată la nivelul regiunii preauriculare sau postauriculare. La nivelul regiunii anterioare a gâtului, poate fi semnalată la nivelul feței sau capului sau umărului ipsilateral. Se poate asocia cu sd. Horner ipsilateral sau cu paralizie hemidiafragmatică.

Plexopatia brahială: Caracteristici: poate fi indusă prin invazie tumorală (aceşti pacienți au risc crescut de a dezvolta compresie epidurală) sau de radioterapie (precoce – plexopatia brahială acută şi tardivă – poate apare după 6 luni - 20 ani de la radioterapie)

♦ În invazia plexului brahial superior (C5-C6), durerea apare la nivelul centurii scapulare, fața laterală a brațului.

♦ În invazia plexului brahial inferior (C7,C8,T1), durerea apare la nivelul articulației cotului, fața medială a antebrațului, degetele IV-V. Durerea este, de obicei, severă şi se asociază cu dizestezia nervului ulnar.

Important!

Diagnosticul diferențial între plexopatia din invazia tumorală şi cea post radioterapie se face prin examen RMN.

Plexopatia lombosacrată: Caracteristici: apare prin infiltrare tumorală (cel mai frecvent în cancerele colorectale, sarcoame, limfoame, cervicale), compresie medulară, metastaze ale lepto-meningelui, postradioterapie, postchirurgical, anevrisme, infecții sau infarctizări, vasculite, injectarea intraarterială a cisplatinului embo-lizarea pentru hemoragii rectale. Durerea are caracter de junghi sau presiune, fiind asociată cu parestezii, slăbiciune musculară care implică mai multe miotoame, hipoestezie cutanată, reflexe asime-trice, edeme ale membrelor inferioare.

♦ Sindromul L1: prin afectarea vertebrei L1 sau prinderea peretelui pelvin lateral cu afectarea n. ilioinghinal, iliohipogastric şi genitofemural; durere şi parestezii limitate la nivelul abdomenului inferior şi regiunii inghinale, tulburări de sensibilitate, fără leziunii neurologice motorii.

♦ Plexopatia lomosacrată superioară (L1-L4): durere lombară posterioară, la nivelul abdomenului inferior, creasta iliacă sau fața antero-laterală a coapsei. Se poate asocia cu tulburări senzitive şi motorii.

♦ Plexopatia lombosacrată inferioară (L4-S1): durere localizată la nivelul feselor şi perineului sau fața postero-laterală a coapsei. Se poate asocia cu leziuni senzoriale şi motorii conform dermatoamelor respective, edeme ale membrelor inferioare, disfuncții ale vezicii urinare sau intestinale.

♦ Sindromul malign al psoasului: caractere specifice plexopatiei lombosacrate superioare cu durere la flexia soldului ipsilateral.

♦ Plexopatia sacrată: parestezii la nivelul feței dorso-mediale a coapsei şi gambei, afectarea flexiei genunchiului, flexiei gleznei.

Neuropatia senzorială subacută: Caracteristici: sindrom paraneoplazic asociat cel mai des cu neoplasmul bronhopulmonar cu celule mici. Este caracterizat de dureri, parestezii, hipoestezia membrelor inferioare, ataxie severă senzorială. Are evoluție independentă de tumoră.

Sindroame cronice dureroase prin afectare viscerală (17,20)

Sindromul distensiei capsulei hepatice:

- Cauze: metastaze hepatice multiple sau hepatomegalie prin colestază;
- Caracteristici: durere cu caracter de discomfort la nivelul regiunii subcostale sau flancului drept; poate iradia la nivelul umărului, gâtului sau scapulei drepte. O durere acută intercostală asociată unui sindrom algic cronic, exacerbată de inspir, poate sugera o peritonită constituită prin hemoragie intrametastatică.

Sindromul retroperitoneului median:

- Cauze: lezarea peretelui abdominal posterior, țesuturilor conjunctive, structurilor vasculare, invazia plexului celiac, inflamație locală.
- Caracteristici: durere difuză localizată la nivelul epigastrului, regiunii toracice, posterioare joase, agravată de decubitul dorsal, ameliorată de decubitul “în şezut”.

Sindromul ocluziei intestinale:

- Cauze: contracția muşchilor netezi, presiunea mezenterică, ischemia murală;
- Caracteristici: durere continuă sau colicativă însoțită de vărsături, constipație, anorexie.

Carcinomatoza peritoneală:

- Cauze: inflamația peritoneală, aderențe intraabdominale cu ocluzie intestinală, ascită;
- Caracteristici: durerea poate fi colicativă, se asociază cu distensie abdominală.

Sindromul dureros perineal malign:

- Cauze: invazia microscopică perineurală;
- Caracteristici: durere lancinantă, agravată de poziția “în şezut” sau “în picioare”, se poate asocia cu tenesme sau spasme vezicale.

Sindromul durerii adrenale:

- Caracteristici: durere la nivelul flancului, mai rar la nivelul abdomenului, poate fi severă.

Obstrucția ureterală:

- Caracteristici: durere "surdă" la nivelul flancului, cu iradiere în regiunea inghinală sau genitală,

Durerea în cancerul ovarian:

- Caracteristici: durere cronică abdomino-pelvină, de intensitate moderată sau severă. *Important!* Poate sugera recidiva locală.

Durerea în cancerul pulmonar:

- Caracteristici: - tumorile hilare pot asocia dureri la nivelul sternului sau scapulei;
- tumorile lobului superior sau inferior pot asocia dureri la nivelul umărului, respectiv, toracelui inferior;
- pot asocia dureri la nivel facial ipsilateral prin inervarea aferenței vagale.

Sindroame dureroase paraneoplazice: (17,19)

*Osteoartropatia hipertrofică pulmonară: C*aracteristici: se manifestă prin lățirea patului unghial, periostita oaselor lungi sau poliartrita reumatoid-like. Este un sindrom paraneoplazic, apare, în special, în cancerele pulmonare cu "non small cell", mamare, nazo-faringiene metastatice. Poate regresa sub tratamentul anticancer şi poate fi ameliorată de tratamentul cu bifosfonați.

Ginecomastia cauzată de tumori: Caracterisitici: fermitatea şi mărirea de volum a sânilor, durere cu caracter de "presiune" sau "înțepătură". Cel mai frecvent apare în cancerele testiculare, datorită hipersecreției de HCG.

Pemfigusul paraneoplazic: Caracteristici: ulcerații cutanate superficiale diseminate şi cruste hemoragice la nivelul buzelor, vezicule conjunctivale, leziuni pulmonare. Se asociază limfoamelor non Hodghin şi leucemiei limfatice cronice.

Sindrom Raynaud: poate apărea în cancerele pulmonare, ovariene, testiculare, meloanoame.

Sindromul durerii regionale complexe tip I: Caracteristici: durere regională fără respectarea dermatomului, difuză, iradiază distal, este localizată, de obicei, la nivelul unei extremități. Este durere severă, însoțită de modificări tegumentare (temperatură, culoare, edeme), hiperestezie, hiperalgezie sau allodinie, disfuncții motorii (slăbiciune, tremor, distonie). Este agravată de mobilizare şi stres. (21)

Sindroame cronice dureroase asociate tratamentului antineoplazic (17,18,19.20)

Postchimioterapie:

Neuropatia periferică toxică: Caracteristici: parestezii dureroase la nivelul palmelor şi plantelor, axonopatie, tulburări de sensibilitate "în mănuşă", hiporeflexie, disfuncție autonomică. Durerea este cu caracter de "arsură" sau lancinantă, agravată de contact. Sunt implicate: alcaloizii de vinca, cisplatinul, oxaliplatinul, paclitaxelul. Rol în prevenție, în cazul cisplatinului şi oxaliplatinului, au amifostina, gluthationul, calciul şi magneziul sistemic. Vitamina E poate reduce frecvența şi intensitatea neuropatiei periferice la paclitaxel.

Necroza avasculară de cap femural sau humeral: durere la nivelul şoldului coapsei sau genunchiului, respectiv, la nivelul umărului, brațului sau cotului, agravată la mobilizare, se datorează tratamentului prelungit cu corticoizi, chimioterapiei cu doze mari. Tratament: analgezice, întreruperea tratamentului cu corticoizi sau tratamentul chirurgical.

Plexopatia: citată la administrarea intraarterială a cisplatinului în artera iliacă sau axilară, cu apariția simptomatologiei în 48 ore de la perfuzie. Se poate produce prin distrucția vaselor mici şi infarctizarea plexurilor nervoase.

Sindromul Raynaud: la pacienții cu cancer testicular în tratament cu cisplatin, vinblastin şi bleomicină prin afectarea funcției musculaturii netede de la nivelul arteriolelor periferice.

Post tratament chirurgical:

Criterii:

- durere debutată după tratamentul chirurgical;
- durează de cel puțin 2 luni;
- au fost excluse alte cauze (infecții, evoluția bolii, cauze pre-existente). (22)

Datorită distrucției nervilor periferici sau plexurilor nervoase, tratamentul chirurgical se poate complica cu durere cronică de tip neuropat, fiind cunoscute şi descrise mai multe sindroame algice.

Sidromul dureros cronic postchirurgia sânului: Caracteristici: durere cu caracter de "constricție" sau "arsură", localizată la nivelul peretelui toracic, axilei sau fața medială a brațului. Poate complica orice procedură chirurgicală a sânului (sectorectomie sau mastectomie radicală, reconstucție) (22), dar este mai frecvent după limfadenectomie. Debutul poate fi imediat sau tardiv (la câteva luni distanță) şi poate persista mai mulți ani. Se însoțeşte de tulburări de sensibilitate în acelaşi teritoriu, parestezii. ! Se poate evita prin tehnica ganglionului santinelă şi limitarea inciziei.

Sindromul durerii cronice post limfadenectomie radicală a regiunii gâtului: Caracteristici: durere cu caracterele durerii neuropate, localizată la nivelul regiunii cervicale şi umărului ipsilateral, mai ales în lezarea n. spinal accesor. Poate determina dezechilibrul musculoscheletal al centurii scapulare, până la sindromul "umărului căzut"sau pareza muşchilor supra- sau infraspinali. Agravarea sindromului algic poate sugera recidiva bolii sau suprainfecție.

Sindromul dureros posttoracotomie: Carateristici:durere spontană localizată la nivel scapular sau perete toracic anterior, asociată cu tulburări de sensibilitate (hipersensibilitate sau durere cauzată de stimuli nedureroşi: lumina). Inițial durerea este severă, se ameliorează progresiv, în maximum 8 luni. Este cauzată de distrucția nervilor intercostali. (22) Persistența sa sau agravarea progresivă sugerează recidivă locală.

Sindromul umărului înghețat postoperator: Caracteristici: debutează după chirurgia sânului sau după toracotomie. Se poate complica cu distrofie simpatică reflexă. ! Poate fi evitat prin analgezie postoperator adecvat, mobilizare precoce a articulației.

Sindromul membrului fantoma: Caracteristici: senzația că membrul este în continuare prezent, fiind dureros şi în poziții neobişnuite, poate atinge intensitatea durerii anterioare intervenției chirurgicale şi este însoțită de parestezii. Poate fi continuă sau paroxistică, descrisă drept "arsură severă" sau "durere zdrobitoare" cu ameliorare de-a lungul timpului (22). Dureri asemănătoare "membrului fantomă" sunt citate şi în mastectomia radicală sau în amputațiile de rect.

Sindromul dureros al "ciotului": Caracteristici: durere la nivelul porțiunii de membru restant sau al cicatricei. (22)

Postradioterapie (17,19)

Durerea care debutează la 6 luni – 2 ani post radioterapie, fiind cauzată de scăderea fluxului sangvin la nivelul țesutului iradiat, leziuni nervoase, fibroză, stenoză, necroză. (22)

Plexopatia brahială sau lombo-sacrată: Caracteristici: Durerea are caracter de "amorțeală", "înțepătură", "arsură". (22)

Mielopatia cronică radică: Caracteristici: dizestezie cu caracter de "arsură", la nivelul măduvei osoase iradiate sau cu nivel inferior, fiind însoțită de manifestări senzitive şi disfuncție progresivă motorie. Debutul este, în general, la 12-14 luni după radioterapie, cu agravare progresivă în următoarele luni, urmată de stebilizare.

Proctita şi enterita cronice radice: Caracteristici: se prezintă sub formă de tenesme rectale, însoțite de rectoragii, diaree, respectiv, colici abdominale asociate cu sindrom de malabsorbție şi greață cronică.

Cistita radică cronică: Caracteristici: se poate prezenta sub formă de disurie, incontinență urinară, polakiurie, cu intensitate variabilă, până la forme severe cu hematurie macroscopică, fistule (pneumaturia, fecaluria), vezică urinară nefuncțională.

Limfedemul cronic dureros: Caracteristici: durerea prezintă caracter de "constricție", "arsură", "tensiune" fiind agravată de postură, răspunde la tratamentul antialgic şi fizioterapie. Se datorează compresiei şi inflamației tendoanelor, până la sindrom de "canal carpian" sau de "plex brahial".

Sindromul de disconfort perineal: Caracteristici: Dureri cu caracter de "arsură", localizate la nivelul regiunii perianale, cu iradiere anterioară spre scrot sau vagin. Poate debuta la 6-18 luni după completarea radioterapiei.

Sindromul dureros cronic post brahiterapia prostatei: Caracteristici: Este agravat de presiunea datorată micțiunilor sau defecației.

Osteoradionecroză: Caracteristici: durere focală care corespunde focarului de necroză osoasă, cu creştere progresivă în intensitate, este agravată de mişcare şi afectează țesuturile adiacente. (22)

Important!

Recunoaşterea precoce a sindroamelor dureroase acute sau dureroase ajută la identificarea şi tratamentul specific precoce ale cauzelor, tratament corect antialgic şi creşterea calității vieții pacientului

Tratament în trepte al durerii din cancer

Dicționar de termeni:

OPIOIDE: produşi naturali sau sintetici cu acțiune asemănătoare morfinei, prin legarea la receptorii opiozi de la nivelul sistemului nervos; (4,8)

OPIOIDE CU ACȚIUNE SCURTĂ: opioide cu eliberare imediată;(8)

OPIOIDE CU ACȚIUNE LUNGĂ: opioide cu eliberare susținută, cu eliberare controlată sau cu eliberare extinsă;(8)

DOZA "BREAKTHROUGH": doză suplimentară de analgezic prescrisă pentru durerea tip "breakthrough". Este denumită şi doză de "salvare", nu înlocuieşte şi nu întârzie doza următoare uzuală de opioid; (8)

DOZA TOTALĂ ZILNICĂ: doza totală de medicament administrată în 24h (regulat însumată cu doza "breakthrough"); (8)

TOXICITATEA OPIOIDULUI: răspuns inadecvat la efectele adverse cunoscute ale medicamentului. Se referă, în general la efecte neurologice. (4)

STAREA DE ECHILIBRU: când rata de biodisponibilitate a medicamentului este egală cu rata de eliminare; (8)

TITRAREA OPIOIDULUI: ajustarea dozei de opioid, prin evaluare periodică a durerii şi a dozei administrate în ultimele 24-72 ore; (8)

ROTAȚIA OPIOIDULUI: schimbarea unui opioid cu altul, fie datorită analgeziei nesatisfăcătoare, fie datorită toxicității inacceptabile sau reacțiilor adverse şi intoleranței; (4,8)

RETRAGEREA OPIOIDULUI: întreruperea bruscă a administrării opioidului, caracterizată prin simptomatologie opusă inițierii care durează câteva zile; (8)

OPIOID NAIV: pacientul care nu a primit niciodată tratament cu medicație opioidă sau care nu a primit doze repetate în ultimele 2-3 săptămâni;

TOLERANȚA LA OPIOIDE: administrarea repetată a medicamentului induce, de-a lungul timpului, diminuarea efectului, cu necesitatea creşterii dozei pentru menținerea aceluiaşi efect; (4,8)

ADICȚIA LA OPIOIDE: boală cronică, manifestată prin pierderea controlului asupra utilizării medicamentului, utilizarea compulsivă, tendință de creştere progresivă a dozei, necesitatea consumului opioidului, dar nu în scop antialgic; (4,8)

NON-OPIOID: medicație diferită structural şi funcțional de opiode, dar cu indicație primară în tratamentul durerii; (8)

ANALGEZICE ADJUVANTE/CO-ANALGEZICE: medicație cu beneficiu în tratamentul unor tipuri de durere, dar cu indicație primară în alte simptome. (23)

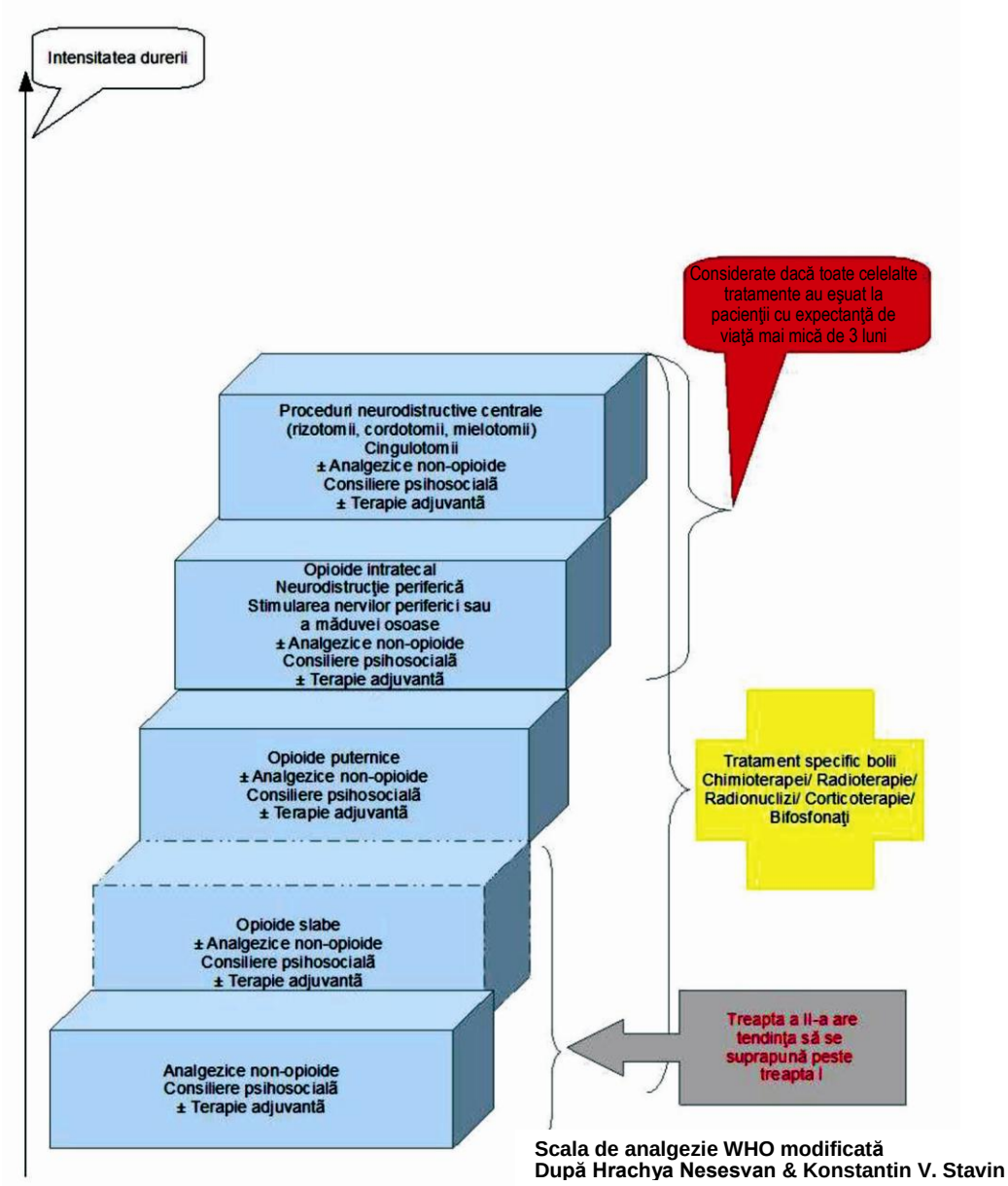
AGONIST-ANTAGONIST: opioide care se leagă la receptorii opioizi Kappa, având acțiune antialgică (agonistă), dar simultan acționează pe receptorii opioizi mu, cu efecte antagonist. (4)

MU AGONIST/OPIOID AGONIST/AGONIST PUR: opioide cu acțiune antialgică prin legarea la receptorii mu de la nivelul sistemului nervos central; (4)

EFECTUL DE "DIMINUARE" A DOZEI: doza opioidului poate fi micşorată prin asocierea administrării unui non-opioid. (4,8)

La baza tratamentului antialgic stă, din 1986, scara de analgezie WHO care subdivide tratamentul, în funcție de intensitatea durerii (medie ≤4, moderată 5-6, severă ≥7), creată pentru a facilita şi standardiza terapia. Baza tratamentului antialgic este tratamentul cu opioide, cu administrare la ore fixe ("by the clock").(5) Creşterea complexității bolii şi dezvoltarea rapidă a tratamentelor antineoplazice au făcut, ca în ultimii ani, acest model să devină limitat, fiind nevoie de modele de lucru noi, adaptate. În durerile osoase, treapta a II-a a scării de analgezie WHO nu îşi mai dovedeşte utilitatea, deoarece aceste dureri nu răspund adecvat la tratamentul cu opioide

slabe sau efectele secundare sunt intolerabile. (3). Două trepte adiționale sunt luate în discuție, treapta a IV-a care să facă referință la tratamentele internaționale (blocada nervoasă, analgezia intra-tecală) şi treapta a V-a care ar putea cuprinde procedurile distructive, ireversibile (cordotomia, talamotomia). De asemenea, fiecare treaptă ar putea include procedurile fizice şi psihologice adjuvante în terapia durerii. (24) (figura 2).



Scala de analgezie WHO modificată
După Hrachya Nesesvan & Konstantin V. Stavin

Figura 2: Scala WHO modificată

Evoluția sindromului algic nu este obligatoriu secvențială, prin fiecare treaptă de analgezie în parte. Tratamentul trebuie administrat conform intensității şi tipului durerii. (4)Tratamentul adjuvant cuprinde şi medicația necesară ameliorării reacțiilor adverse, cum ar fi constipația, greața. Dacă durerea persistă sau progresează, se trece la treapta superioară de analgezie.

Treapta I a analgeziei se referă la durerea de intensitate medie (≤4), putându-se obține controlul durerii prin tratament cu **paracetamol/metamizol şi/sau AINS +/- adjuvante.** Grupa analgezicelor non-opioide este formată din medicamente care au în comun inhibarea sintezei de prostaglandine. În funcție de caracteristicile chimice sun non-opiode acide: acid acetilsalicilic, AINS (antiinflamatoare nesteroidiene: diclofenac, ibuprofen, indometacin, celecoxib, ketoprofen, melocican, piroxican) şi neacide (paracetamol, metamizol). (24)

Analgezicele non-opioide:

Paracetamolul/acetaminofenum: (8,24)

❖ Acțiune:

♦ nu este foarte bine cunoscută, se pare că inhibă sinteza centrală de prostaglandine, cu efect antipiretic şi analgezic, dar fără efect antiinflamator,

♦ *Important!* de primă intenție în durerea nociceptivă, treapta I

❖ Doza:

♦ maxim 4000 mg/zi, în doze divizate la fiecare 4 ore;

❖ Atenționări:

♦ reducerea dozei la maximum 2000 mg/zi la pacienții cu insuficiență hepatică sau hepatopatie toxic-nutrițională;

♦ reducerea dozei la pacienții cu insuficiență renală severă (se excretă renal).

Metamizol: (25,26,27)

❖ Acțiune:

♦ analgezică, antipiretică, slab antiinflamator, antispastic.

♦ eficacitate dovedită pentru durerile musculaturii netede şi colicile biliare, vezicale, ureterale;

♦ asocierea metamizolului cu AINS şi medicamente din treapta a II-a a durerii s-a dovedit sigură şi eficientă pentru tratamentul durerii de intensitate moderată din cancer;

♦ util în paroxismele dureroase;

❖ Doza:

♦ 1-2g/zi, la fiecare 6 ore, efect antialgic rapid instalat

❖ Atenționări:

♦ efecte adverse: agranulocitoza, mai frecvent la administrarea intravenoasă; şoc anafilactic;

♦ este prohibit în unele țări

Aspirina/acid acetilsalicilic: (8,13,24)

❖ Acțiune:

♦ analgezic, antipiretic, antiinflamator, prin mecanism central şi la nivelul leziunii periferice, (4)

❖ Doză:

♦ 650–1000 mg la fiecare 4-6 ore;

❖ Atenționări:

♦ datorită dozei mari pentru efect antialgic, creşte riscul de ulcer peptic şi hemoragie gastrointestinală;

♦ nu se administrează la pacienții cu istoric de boală ulceroasă

♦ supredozajul: instabilitate cardio-vasculară, insuficiență renală până la coma, stop respirator

AINS (inhibitori neselectivi de COX-1 şi COX-2 sau selectivi COX-2) (8,24,28,29)

❖ Acțiune:

♦ analgezică, antipiretică, antiinflamatoare, cu efect antialgic eficient pe durerea cu origine musculo-scheletală;

♦ inhibitorii selectivi de COX-2 prezintă şi acțiune antitumorală prin inhibarea producției de citokine;

♦ inhibitorii selectivi de COX-2 sunt considerați unii dintre cei mai eficienți agenți la pacienții cu metastaze osoase, datorită inhibării producției de prostaglandine şi în tratamentul durerii breakthrough, datorită timpului scurt de înjumătățire;

♦ eficacitatea şi incidența reacțiilor adverse sunt comparabile cu cele ale opioidelor slabe; (29);

♦ eficacitate dovedită şi în: spasmele vezicii urinare, tenesme rectale, hepatalgii, dureri cutanate, cefaleea din HIC, (28)

❖ Doză:

♦ Ibuprofenum: 400-800mg /zi, la fiecare 4-6 ore (max. 3200 mg/zi), celecoxibum: 100-200mg/zi (max. 400 mg/zi),(28); Indometacin: 25-50mg la fiecare 8-12 ore (max. 200 mg/zi), piroxicam: 10-20 mg/zi, doză unică (max. 20mg/zi); (30)

❖ Atenționări:

♦ prudență în administrare la pacienții cu tulburări gastro-intestinale sau cu insuficiență renală, (se administrează împreună cu inhibitori de pompă de protoni şi antagonişti-H2) (28);

♦ doze mari de AINS se asociază cu creşterea incidenței reacțiilor adverse, dar fără analgezie superioară (“ceiling efect”)(29)

♦ asocierea a două AINS nu este recomandată. (4)

Terapia adjuvantă/ co-analgezică:

Formată din grupe de medicamente care în anumite condiții pot potența efectele antialgice ale analgezicelor (acetaminofen, acidum salicilicum, AINS, opioide), permițând reducerea dozelor şi, implicit, a efectelor adverse. Sunt cuprinşi produşi din clasa anticonvulsivantelor, antidepresivelor, antiaritmicelor, corticoizilor, antispasticlore, antagoniştilor NMDA, benzodiazepinelor, bifosfonaților, agoniştilor α-adrenergici.

Antidepresive: (*8,13,24,28****)***

❖ Acțiune:

♦ stimulează inhibiția centrală a măduvei spinării, prin eliberare de norepinefrină şi serotonină; (30)

♦ utilitate crescută – în durerea neuropată, fiind de primă intenție în durerea neuropată cronică, continuă; dozele analgezice sunt mai mici decât cele antidepresive (4), efectele analgezice se instalează în aproximativ 1 săptămână după atingerea dozei eficiente; (31)

♦ cele mai utilizate: amitriptilinum, urmat de doxepinum, paroxetinum, venlafaxinum;

♦ doxepinum cremă: eficient, cu reducerea reacțiilor adverse; (28)

❖ Doza:

♦ amitriptilinum: doza de inițiere: 10-25 mg/zi, seara, cu creşterea treptată a dozei până la 150 mg, în funcție de toleranță; paroxetinum: inițiere cu 10-20 mg/zi, cu creşterea dozei la 20-40 mg/zi; venlafaxina: inițiere cu 37,5 mg/zi, cu creşterea dozei la 37,5-112,5 mg/zi; (31)

❖ Atenționări:

♦ reacții adverse: sedare, hipotensiune posturală, convulsii, aritmii;

♦ de evitat la pacienții vârstnici, cu afectare cardiacă importantă, glaucom

Anticonvulsivante: (4,8,24,31)

❖ Acțiune:

♦ blocarea canalelor excitatorii de Ca2+, stabilizează membrana neuronală, utilitate: în durerea neuropată; ! de primă intenție în durerea lancinantă sau paroxismele dureroase;

❖ Doza:

♦ Gabapentin: doza de inițiere: 100 mgx3/zi sau 300 mg/zi, seara, înainte de culcare, cu creşterea dozei cu 300 mg/zi, la fiecare 1-2zile, până la maximum: 2,4-3,6 g/zi; carbamazepina: 100-200mg x2/zi (max. 600-1200 mg/zi), Acidum valproicum: 250 mg/zi (max. 1500mg/zi);

❖ Atenționări:

♦ Fenitoinum şi Carbamazepinum pot da sedare, discrazie sangvină, acidum valproicum poate da: confuzie, tremor, ataxie, modificarea funcției hepatice.

♦ la pacienții cu insuficiență renală, doza şi intervalul de administrare trebuie ajustate; la Clcreat < 30mL/min, doza trebuie redusă cu 80% sau administrarea tratamentului în doză unică, la 2 zile.

Antagonişti-NMDA (Ketamina, Amantadina, Memantina) (24,28)

❖ Acțiune:

♦ Ketamina: blochează receptorii NMDA neselectiv, Amantadina – rol în durerea neuropată;

❖ Doza:

♦ Ketamina: 5-10 mg/zi, în durerea incidentă (la mobilizare): 0,125 – 1mg/kgc s.c; (4)

❖ Atenționări:

♦ efecte secundare psihomimetice, pot fi reduse prin administrarea concomitentă de antipsihotice (Haloperidolum);

♦ Tratamentul cu ketamina trebuie inițiat şi titrat de un specialist cu experiență clinică. (4)

Antiaritmice (flecainida, mexiletine, lidocaina): (8,24,28,31)

❖ Acțiune:

♦ eficacitate în leziunile nervilor periferici;

❖ Doza:

♦ flecainida: 50-100 mg/zi, mexiletine: 100-200 mg/zi;

❖ Atenționări:

♦ necesită monitorizare cardiacă (aritmii, convulsii, hipotensiune), motiv pentru care au utilitate scăzută.

Corticosteroizii: (24,28)

❖ Acțiune:

♦ efect antiinflamator şi antitumoral,

♦ prin reducerea edemului peritumoral, eficienți în sindromul de compresie medulară, hipertensiunea intracraniană, sindromul de venă cavă superioară;

♦ eficienți în: durerea osoasă, limfedeme, ocluzia organelor cavitare;

❖ Doza:

♦ dexametazonă: 8-16 mg/zi, în doză unică sau divizată, dacă nu se obține efectul dorit în 4-7 zile, se întrerupe tratamentul. Dacă răspunsul la tratament este satisfăcător, se reduce doza cu 2-4 mg la fiecare 3-5 zile. În sindromul de venă cavă superioară sau compresia medulară dozele pot fi până la 96 mg/zi, divizate în mai multe administrări zilnice; (4,31)

❖ Atenționări:

♦ la pacienții la care nu se poate întrerupe corticoterapia, doza de menținere este cea mai mică doză eficientă;

♦ pentru evitarea insomniei, ultima doză a corticoidului nu se administrează după orele 16,00;

♦ risc crescut de perforații gastro-intestinale când se asociază cu tratamentul antiinflamator;

♦ echivalența clinică: metilprednisolon 8 mg = prednison 10 mg = dexametazonă 2 mg. (4)

Antispastice: (24,31)

Muşchi scheletici (Baclofenum, tizanide, dantrolenum):

❖ Acțiune:

♦ ameliorează spasticitatea şi spasmele dureroase în compresia medularăm scleroza multiplă sau în boala de neuron motor. Baclofenul este eficient în durerea lancinantă sau în paroxismele dureroase neuropate;

❖ Doza:

♦ Baclofen 5 mg x2-3 ori/zi, crescută treptat până la 30-90 mg/zi;

❖ Atenționări:

♦ Toleranță scăzută datorită reacțiilor adverse: sedare, delir, convulsii. (4)

Muşchi netezi (hioscina, butilbromida, hidrobromida, blocanți ai canalelor de calciu: nifedipina, agonişti β-adrenergici: salbutamol);

❖ Acțiune:

- ♦ relaxarea musculaturii netede;
- ❖ Atenționări:
- ♦ efectele lor în colicile intestinale, tenesmele rectale, spasmele esofagiene sunt anecdotice.

Bifosfonați: (24,28,31)

- ❖ Acțiune:
- ♦ inhibă activitatea osteoclastică;
- ♦ eficacitate în hipercalcemia malignă, metastazele osoase;
- ❖ Doza:
- ♦ acidum clodronicum: 800 mg x2/zi p.o. (biodisponibilitate orală scăzută)
- ♦ pamidronat: 60-90 mg/21-28 zile, i.v.;
- ♦ acidum zoledronicum: 4mg/21-28 zile i.v.;
- ♦ acidum ibandronicum: 50 mg/zi p.o., 6mg/28 zile i.v.;
- ♦ se continuă administrarea atâta timp cât este nevoie;
- ❖ Atenționări:
- ♦ sindromul de “flare” dureros care poate apărea în primele 24-48 ore, însoțit de febră şi artralgii;
- ♦ osteonecroza mandibulară; diselectrolitemii (hipopotasemie, hipocalcemie, hipomagneziemie);
- ♦ efectul antialgic se instalează, cel mai devreme, în 2 săptămâni;
- ♦ reducerea dozei la pacienții cu insuficiență renală cronică.

Denosumab:

- ❖ Acțiune: anticorp uman monoclonal care inhibă osteoclastogeneza, scade distrucția osoasă; cu indicație în metastaze osoase;
- ❖ Doza: 120mg sc/4spt;
- ❖ Atenționări: poate produce hipocalcemie, osteonecroză mandibulară.

Agonişti α2 adrenergici (clonodina):(24,31)

- ❖ Acțiune:
- ♦ limitată la durerea neuropată care nu răspunde la opioizi sau alt tratament adjuvant;
- ❖ Doza:
- ♦ inițiere: 0,1 mg/zi, cu creştere treptată a dozei până la efectul dorit sau hipotensiune intolerabilă; (4)

DACĂ LA DOZE MAXIME NU SE OBȚINE ANALGEZIE SAU DUREREA CREŞTE ÎN INTENSITATE SAU DURERE DE INTENSITATE 4-6 ATUNCI SE TRECE LA TREAPTA A II-A !

Treapta a II-a de analgezie WHO are la bază tratamentul cu **opioide "slabe" +/- non-opioide +/- adjuvante.**

- Utilitatea opioidelor slabe este controversată, deoarece:
- eficacitatea lor nu este clar dovedită (limitată la 30-40 zile la majoritatea pacienților, datorită analgeziei nesatisfăcătoare);(5 ,32)
- prezintă efect de "plafon": depăşirea dozei maxime creşte riscul de apariție a efectelor adverse, fără creşterea eficienței, posibil datorită afinității scăzute pentru receptorii opioizi;(5,23)
- eficacitate echivalentă prin utilizarea opioidelor puternice în doze mici în asociere cu analgezicele non-opioide; (5)

Opioidele slabe: Codeina, Dihidrocodeina, Tramadolul, Dextropropoxifen

Codeina fosfat:

- ❖ Acțiune:
  - ♦ metabolizată la nivelul ficatului prin intermediul citocomului P450, la morfină, T1/2 = 2-4 ore, durata analgeziei este între 30 min. şi 4 ore. (5, 23) Are acțiune analgezică, antitusivă, antidiareică, anxiolitică, antidepresivă, sedativă, hipnotic;
- ❖ Doza:
  - ♦ doza maximă: 60 mg la fiecare 6 ore, potență = 1/10 din morfina orală;
  - ♦ Combinații: codeina + paracetamol 30/500; doza maximă: 2 tablete la fiecare 6 ore;
- ❖ Atenționări:
  - ♦ lipsa efectului analgezic la 10% pacienți, datorită absenței enzimei de conversie codeină-morfină; (23);
  - ♦ în insuficiență renală, metaboliții se pot acumula până la nivele toxice; (5,23)

Tramadol:

- ❖ Acțiune:
  - ♦ opioid sintetic cu acțiune centrală, cu proprietăți non-opioide (prin inhibarea captării serotoninei şi noradrenalinei) şi opioide (prin acțiune slabă pe receptorii μ);
  - ♦ 90% se excretă la nivel renal;(23);

Important! eficacitate dovedită în durerea neuropată; (6)

- ❖ Doza:
  - ♦ doza maximă: 400 mg /24 ore, sub formă de preparate cu eliberare rapidă sau prelungită;

♦ la pacienții vârstnici (> 75 ani), fără afectarea funcției renale sau hepatice, doza maximă = 300 mg/24h; (23)

❖ Atentionări:

♦ trebuie evitat la pacientii vârstnici sau cu epilepsie;

♦ efectele supradozajului sunt parțial reversibile la naloxonă;

♦ efect de "plafon": la doze > 400mg/zi creşte riscul de convulsii;(23)

♦ combinația tramadol/paracetamol 37,5mg/325mg este recomandată în administrări pe perioade scurte (< 5 zile), 1-2 tb la fiecare 6 ore. (23)

Dihidrocodeina:

❖ Acțiune:

♦ de preferat administrării codeinei, a cărei metabolizare variază considerabil; (5)

♦ se metabolizează în forme extrem de active metabolic (dihydromorfine şi dihydromorfine-6-glucuronide)

❖ Doza:

♦ doza de inițiere: 60 mg la 12ore, doza maximă: 360 mg/zi; doza echianalgezică cu codeina 1:1.

DACĂ LA DOZE MAXIME NU SE OBȚINE ANALGEZIE SAU DUREREA CREŞTE ÎN INTENSITATE SAU DURERE DE INTENSITATE ≥ 7 ATUNCI SE TRECE LA TREAPTA A III-A !

Treapta a III-a de analgezie WHO are la bază tratamentul cu **opioide "puternice" +/- non-opioide +/- adjuvante.**

● *Important!* Tratamentul opioid este tratamentul de primă intenție în durerea indusă de cancer de intensitate moderată-severă;

● Tratamentul de elecție este tratamentul cu morfină. Dacă morfina nu este tolerată sau nu se poate administra sau dozele nu sunt adecvate pentru controlul durerii trebuie luat în considerare un opioid sau o cale de administrare alternativi.

● Este de evitat administrarea unui opioid mixt (agonist-antagonist) în durerea indusă de cancer.

● Este de evitat administrarea opioidelor intramuscular.

● Doza de opioid trebuie adaptată pentru a se obține controlul durerii, evitându-se efectele adverse inacceptabile.

● După ce se controlează durerea cu o doză fixă de opioid cu acțiune scurtă, se stabileşte tratamentul antialgic cu un derivat opioid cu eliberare prelungită, împreună cu un opioid cu durată scurtă de acțiune pentru durerea "breakthrough".

- Pacienții trebuiesc evaluați regulat pentru monitorizarea sau prevenția efectelor adverse ale opioidelor.
- *Important!* Pe perioada tratamentului opioid, trebuie atenție la prevenția şi monitorizarea constipației. (4,16,23)

Morfina:

❖ Acțiune:

♦ standardul tratamentului cu opioide, toate celelalte se raportează la efectele, mecanismele şi reacțiile adverse ale acesteia; (4)

♦ metabolizată în principal la morfină-3-glucuronid (metobolit inactiv la nivelul receptorilor opioizi) şi morfină-6-glucuronid (activ la nivelul receptorilor opioizi, responsabil de efectele analgezice, dar şi de reacțiile adverse). Metabolizarea se face, în ficat, dar şi în celelalte organe, inclusiv sistem nervos central. După metabolizarea hepatică mai rămâne doar 40% din doza orală. Eliminarea metaboliților se produce la nivel renal;

♦ T1/2 scurt = 2-4 ore, dar T1/2 al metabolitului activ este puțin mai lung;

♦ preparate orale :

♦ morfină sulfat cu eliberare rapidă (tablete – Sevredol, soluție orală - Oramorph);

♦ morfină sulfat cu eliberare modificată (la 12 ore - tablete/ suspensie, la 24 ore - capsule);

♦ morfina hidroclorică

❖ Atenționări:

♦ toxicitatea inacceptabilă apare datorită acumulării de morfină-6-glucuronid, mai ales la pacienții cu insuficiență renală; (4,16,31)

Hidromorfon:

❖ Acțiune:

♦ mai potent decât morfina, cu acțiune asemănătoare, dar este un agonist mai selectiv pe receptorii mu; efect rapid (aproximativ 5 min după administrare IV), efect maxim scurt (10-20 minute); T1/2 = 2-3 ore,

❖ Atenționări:

♦ o alegere mai bună decât morfina, la pacienții cu insuficiență renală medie/moderată ; (3, 8);

♦ capsulele pot fi desfăcute şi administrate cu alimentele, fără a-şi pierde eficacitatea;

♦ metaboliți non-analgezici sunt responsabili de efectele neurotoxice (mioclonii, allodinia, confuzie, convulsii). Pacienții cu durere necontrolată, cu simptomatologie neurologică trebuie să primească un alt opioid sau trebuie redusă doza sau frecvența de adminitrare. (6)

Oxycodona:

❖ Acțiune:

♦ agonist opioid pur, acționează la nivelul receptorilor mu şi kappa (6);

♦ există sub formă cu eliberare imediată sau cu eliberare controlată, sau în combinație cu paracetamol având indicație doar în dureri cu intensitate medie-moderată;

♦ se metabolizează la nivel hepatic în metabolitul activ: oxymorfon şi noroxycodon (8);T1/2 scurt = 3-4 ore;

❖ Atenționări:

♦ se excretă renal, utilizare cu precauție în insuficiență renală sau hepatică severă;

♦ tabletele de oxycodonă retard prezintă eliberarea substanței active în două faze: faza inițială este rapidă, ulterior este faza de eliberare rapidă care produce efect analgezic pe o perioadă de 12 ore, motiv pentru care acestea nu trebuie rupte, zdrobite sau mestecate, pentru a nu modifica eliberarea substanței active şi pentru a evita toxicitatea excesivă; (8)

♦ pacienții trebuie informați că învelişul tabletei se poate elibera nemodificat prin scaun, dar conținutul activ a fost absorbit.(8)

♦ este de preferat administrarea lui, în comparație cu morfina, la vârstnici, deoarece efectele adverse sunt mai reduse în intensitate. (6)

Oxymorfina:

❖ Acțiune:

♦ metabolit activ al Oxycodonei, cu acțiune rapidă (5-10 minute după administrarea IV); efect maxim la 15 minute; durata efectului 3-6 ore;

♦ administrare IM, SC, IV sau intrarectal, nu există forme orale;

♦ T1/2 = 7-9 ore, motiv pentru care administrarea se face la fiecare 6 ore;

♦ incidența de apariție a episoadelor de durere tip “breakthrough” este mai mică față de alte preparate opioide asemă-nătoare; (4,6,24)

❖ Atenționări:

♦ se acumulează în insuficiență renală. (6)

Metadona:

❖ Acțiune:

♦ opioid sintetic, cu acțiune pe receptorii opioizi (mu, delta şi kappa), dar posibilă şi pe receptorii NMDA (antagonist) (cu rol în durerea neuropată), inhibă recaptarea serotoninei şi norepinefrinei; (23) absorbție bună orală, cu biodisponibilitate orală de 85%; acțiune maximă la 2 ore după administrarea orală, durata analgeziei: 4-8 ore;

♦ este o alternativă bună pentru rotația opiodului la pacienții cu reacții adverse severe sau cu analgezie nesatisfăcătoare care necesită creşterea continuă a dozei cu alt opioid agonist;

❖ Atenționări:

♦ se redistribuie în muşchi şi țesutul adipos;

♦ T1/2 lung şi foarte variabil, în funcție de pacient = 12-190 ore;

♦ poate apare acumularea medicamentului pentru zile sau săptămâni după o titrare rapidă a dozei, cu persistența reacțiilor adverse;

♦ poate determina prelungirea intervalului QT sau torsada "vârfurilor" la doze > 300 mg/zi; (6)

♦ de evitat la pacienții vârstnici, noncomplianți sau cu multiple insuficiențe de organ;

♦ !inițierea şi titrarea trebuiesc efectuate sub supravegherea unui specialist, datorită riscului crescut de toxicitate şi complexității tratamentelor. (8)

Alfentanil:

❖ Acțiune:

♦ efect analgezic rapid, de scurtă durată; este metabolizat la nivelul ficatului în metaboliți inactivi care se excretă la nivel renal;

❖ Atenționări:

♦ se recomandă reducerea dozelor în insuficiență hepatică, se poate administra la pacienții cu insuficiență renală; (4)

Fentanyl:

❖ Acțiune:

♦ agonist al receptorilor mu, opioid lipofilic, metabolizat la nivelul ficatului, putând fi administrat în insuficiența renală cronică; (4,5,24);

♦ eliberarea la abministrarea sub formă de plasture se face în două faze: prima fază, rapidă, la aderarea plasturelui, a doua fază, de platou, cu eliberare constantă până la 72 ore; (24)

♦ reacții adverse mai reduse (constipația, greața, eliberarea de histamină);

♦ efectele clinice pot apare la 12-48 ore după administrarea plasturelui; (23,24)

❖ Atenționări:

♦ se recomandă în tratamentul durerii controlate de cel puțin 48 ore;

♦ este contraindicat la pacienții opioid-naivi;

♦ eficacitatea poate fi modificată la pacienții caşectici, în stările febrile (creşte concentrația plasmatică a fentanylului);

♦ *Important!* plasturele de fentanyl clasic nu trebuie tăiat: este modificată rata de eliberare a substanței active, pot apărea reacții cutanate, risc de supradozare; (23)

♦ ajustarea dozei se poate face după minimum72 ore; (23)

♦ la întreruperea administrării, datorită acumulării în țesutul subcutanat, se elimină 50% în 72 ore. (23).

Inițierea tratamentului cu opioide puternice:

REGULI GENERALE:

🔹 ! Se recomandă inițierea cu morfină cu eliberare rapidă, cu acțiune scurtă:

🔹 dacă pacientul nu este opioid-naiv, se întrerupe tratamentul cu opioide slabe;

🔹 se inițiază tratamentul cu Morfină orală 5-10 mg la fiecare 4 ore. Doze scăzute (1-2,5 mg) sunt necesare la pacienții opioid-naivi, vârstnici, cu insuficiență renală;

🔹 ajustarea dozei se face la 24 ore, dacă durerea persistă şi nu sunt semne de toxicitate la opioide (confuzie, halucinații, mioclonii) se creşte doza cu 10-25% pentru durerea moderată sau cu 25-50% pentru durerea severă (excepțional cu 50%), cu reevaluare la 24-48 ore; (4, 23,24)

🔹 se stabileşte o doză suplimentară pentru durerea tip “breakthrough” = 1/6 din doza totală/24 ore, care se modifică o dată cu creşterea dozei de opioid;

🔹 după stabilizarea dozei de morfină, se poate converti tratamentul la preparate cu eliberare prelungită, ex.: doza preparat cu administrare la 12 ore = doza totală morfină necesară în 24 ore/2;

🔹 ! se poate iniția tratamentul cu morfină cu eliberare modificată: MST Continus 10-20 mg la 12 ore, cu reducerea dozelor la pacienții opioid-naivi, vârstnici, cu insuficiență renală cronică. Pentru durerea “breakthrough” se prescrie morfină cu eliberare imediată, tot 1/6 din doza totală/24 ore;

- dacă durerea nu este controlată, iar reacțiile adverse sunt intolerabile se trece la schimbarea opioidului (conversia opioidului). (8)
- dacă pacientul a urmat alte tratamente cu efect antialgic (radioterapie, chimioterapie, chirurgie) doza de opioid trebuie titrată, în sensul reducerii treptate a dozei până la noua doză eficientă. (4)

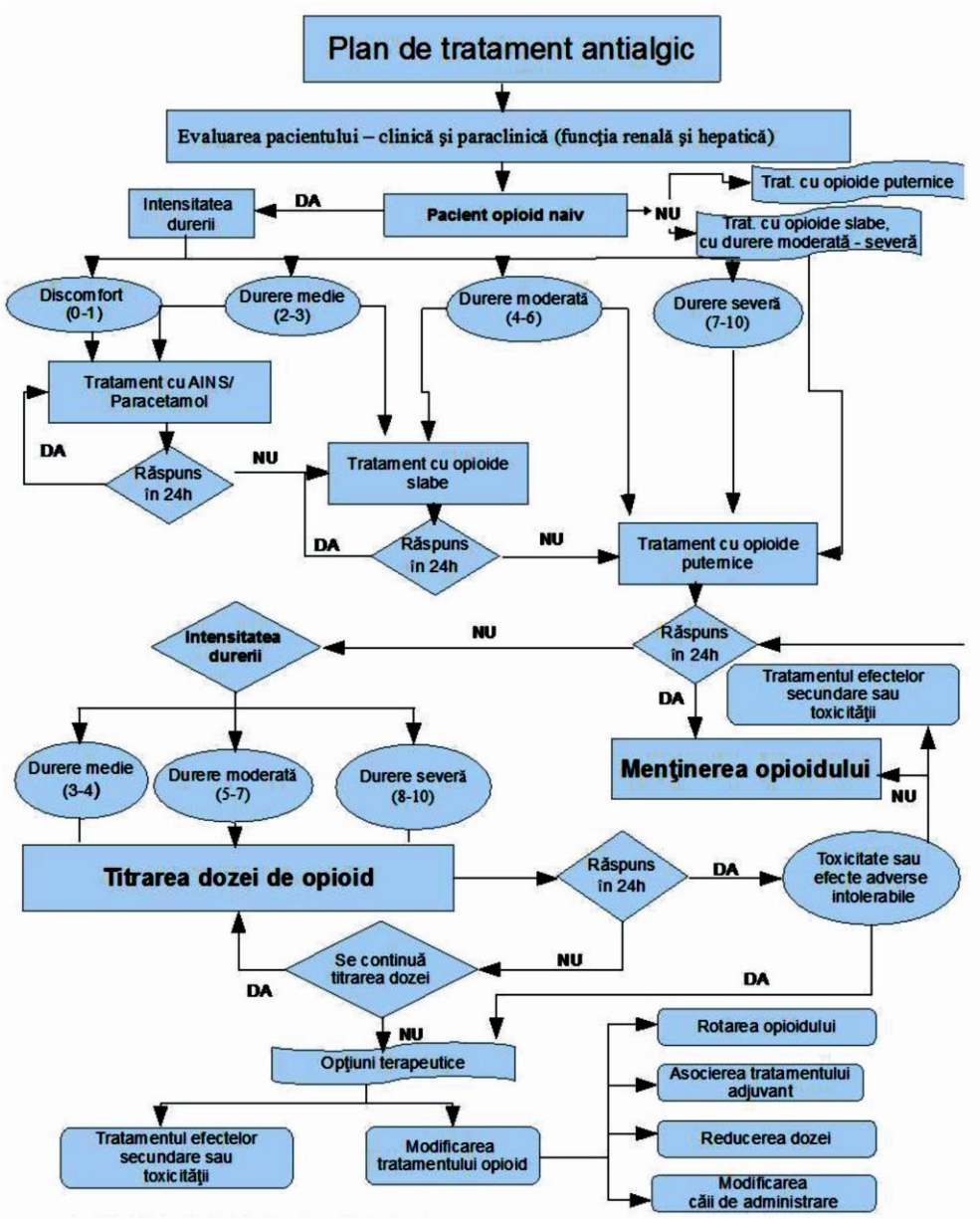


Figura 3: Plan de tratament antialgic

Important!

Se evită utilizarea a 2 opioide diferite pentru controlul durerii (exp. doar dacă unul este cu eliberare prelungită pentru controlul de fond al durerii, iar cel de-al doilea este cu durată scurtă de acțiune pentru durerea “breakthrough”)

Se evită utilizarea a două căi diferite de administrare.

Pentru efect analgezic eficace trebuie să se atingă de 5 ori timpul de înjumătățire, deci analgezia eficientă se instalează în, aproximativ, 24 ore. (23)

Formele cu eliberare prelungită nu se administrează mai frecvent de 8 ore. (23)

Pentru stabilirea dozei de opioid nu se începe niciodată cu fentanyl plasture. (Figura 3)

REGULI ÎN DUREREA SEVERĂ:

Durerea cu intensitate 7-10 este considerată urgență şi necesită control rapid al simptomatologiei. Se face prin administrarea opioidului pe cale orală, subcutanată sau intravenoasă. Durerea acută se controlează inițial prin administrare de tratament parenteral, apoi, dacă se consideră necesar, se converteşte la calea de administrare orală. Durerea acută, severă, neaşteptată (ex. fractură), necesită control rapid, de obicei cu doze mari de opioid; după ameliorarea simptomatologiei, dozele pot fi scăzute.

Dacă pacientul este opioid naiv, se începe cu: 5-10 mg morfină per os/ 5mg SC/ 2-5 mg IV, cu repetarea dozelor la fiecare 20 min, pentru administrarea SC, respectiv, fiecare 10 min pentru administrarea IV, până la cedarea simptomatologiei. Dacă pacientul nu este opioid naiv: se administrează ½ din doza echianalgezică de morfină orală SC, cu repetare la fiecare 20 min, până la controlul simptomatologiei sau se administrează IV, 10-20% din doza echianalgezică de morfină cu administrare intravenoasă, cu reevaluare la fiecare 15 min. Dacă intensitatea durerii este aceeaşi, se dublează doza de opioid. Dacă durerea scade în intensitate cu mai puțin de 50%, se administrează aceeaşi doză. Dacă durerea a scăzut cu mai mult de 50%, atunci se calculează doza administrată de-a lungul a 4 ore, care va rămâne doza eficientă. (23)

Căi de administrare a tratamentelor opioide		
Cale de administrare	**Preparate opioide**	**Caracteristici**
Orală	Majoritatea (morfină sulfat, oxycodonă, oxymorfon, morfină hidroclorid, metadonă)	*se preferă la pacienții cu cancer, înaintea celorlalte căi de administrare;* *dezavantaje: instalarea lentă a efectului antialgic, cu vârf de acțiune la 90-120 min după ingestie, chiar mai lungă la preparatele cu eliberare modificată (3-4 ore);* *absorbția poate fi modificată de alimente, motilitatea gastrică*
Transmucosal oral	Fentanyl citrat	*util în durerea "breakthrough";* *şuntează metabolizarea hepatică;* *atinge concentrația plasmatică mult mai rapid, cu nivele mai înalte*
Sublingual	Bupremorfina, fentanyl, metadonă	*absorbție optimă pentru medicamentele liposolubile se absorb direct în circulația sistemică, timpul de contact cu mucoasa jugală trebuie să fie de cel puțin 5 min;* *nu se pot administra doze mari*
Intrarectal	Morfină, oxymorfon, hydromorfon	*utilă la pacienții care nu pot înghiți şi se evită administrarea parenterală;* *absorbție rapidă (în aprox. 10 min);* *contraindicată în trombocitopenie şi neutropenie*
Transcutanat	Fentanyl citrat	*utilă la pacienții care nu pot înghiți* *administrare facilă, interval lung de administrare*
Subcutanat	Morfina şi Hidromorfina	*utilă la pacienții care nu pot înghiți,* *uşor de administrat, dar tehnica şi îngrijirea necesită experiență şi îndemânare;* *locul de administrare trebuie schimbat la cel puțin 1 săptămână;* *volumul de administrare trebuie limitat, pentru a evita administrarea dureroasă*

		se poate administra continuu, dar necesită dispozitiv special
Intravenos	Morfină, hidromorfon	*Indicată când este necesară titrarea rapidă (durere de intensitate severă), cu opioide cu timp scurt de acțiune, pe perioadă limitată de timp* *asigură cel mai înalt nivel plasmatic, dar şi toxicitate excesivă* *este de evitat, mai ales în tratament ambulator*
Epidural/ intratecal	Morfină, Fentanyl	*Foarte rar, la pacienții care nu răspund la celelalte forme de administrare, în durerea severă, intractabilă* *se pot utiliza catetere externe sau pompe de infuzie sau pompe implantabile* *dozele de administrare sunt mult reduse,*
Topic	*Morfină mixată cu gel Intrasite*	*La nivelul tumorilor ulcerate sau ulcerele de decubit*

Tabelul 4. ***Căi de administrare a tratamentelor opioide***

EFECTELE ADVERSE ALE OPIOIDELOR:

Un control bun al durerii prin tratament antialgic major, înseamnă şi o corectă abordare a efectelor adverse, prin recunoaşterea lor precoce, prevenția şi tratamentul adecvat. De-a lungul tratamentului se dezvoltă toleranță inclusiv pentru reacțiile secundare, cu excepția constipației. Persistența/ reapariția simptomatologiei secundare poate semnifica: doze crescute de opioid (necesită scăderea dozelor şi asocierea AINS/paracetamol ± coanalgezice), schimbarea statusului funcțional (debutul/agravarea unei insuficiențe renale sau hepatice, evoluția bolii prin metastazare cerebrală) – se ia în considerare schimbarea opioidului/căii de administrare.(Tabelul 5)

Reacții adverse ale opioidelor	
Constipația	→ *Nu se dezvoltă toleranță* → *Necesită tratament laxativ şi măsuri alternative pe toată perioada administrării tratamentului*
Greața/ vărsăturile	→ *Frecvent sunt de intensitate medie* → *Apare rapid toleranță* → *Antiemeticul poate fi oprit după câteva zile de tratament*
Sedarea	→ *Frecvent este tranzitorie, la inițierea tratamentului sau la creşterea dozelor* → *Dispare în 2-4 zile* → *Dacă persistă, trebuie redusă doza sau intervalul de administrare* → *Psihostimulantele pot fi benefice*
Delirul	→ *Frecvent după inițierea tratamentului, la vârstnici* → *Poate apare în cursul tratamentului când se acumulează metaboliți*
Retenția urinară	→ *Apare datorită creşterii tonusului sfincterian,* → *dispare după 1 săptămână, rar necesită cateterizare*
Pruritul	→ *Apare datorită eliberării secundare de histamină* → *Tratament cu antihistaminice, dacă este sever – rotația opioidului*
Xerostomia	→ *Efect frecvent la administrarea morfinei* → *Necesită igiena corectă a gurii, rar pilocarpină 5mgx3/zi*
Sincopa	→ *Datorată hipotensiunii ortostatice prin eliberarea de histamină*
Mioclonii	→ *Pot apare la orice doză sau cale de administrare;* → *Pot fi primul semn de neurotoxicitate*
Neuro-toxicitate	→ *Hiperalgezia, allodinia, agitația sau delirul, posibil convulsii* → *Datorită acumulării metaboliților toxici, deshidratării, dezechilibrul electrolitic, insuficiență renală* → *Apare frecvent la doze mari, administrate parenteral* → *Se ia în considerare rotația opioidului*
Detresa respiratorie	→ *Apare foarte rar, datorită toleranței care se instalează rapid* → *Riscul este crescut la pacienții cu afecțiuni respiratorii (pneumonie, BPOC) sau la pacienții opioid-naivi la care titrarea opioidului s-a efectuat rapid.*

Tabelul 5: ***Reacții adverse ale opioidelor***

ROTAȚIA/CONVERSIA OPIOIDULUI

Este necesară cel mai frecvent datorită: durerii necontrolate sub tratament, toxicității excesive, agravării stării generale fiind necesară schimbarea căii de administrare şi nu este disponibil sub această formă sau medicamentul respectiv devine indisponibil pe piață.

Există două metode de a realiza conversia opioidelor:

- substituția directă: este întrerupt tratamentul cu primul opioid şi se inițiază tratament cu cel de-al doilea;
- substituția graduală: primul opioid este înlocuit cu cel de-al doilea pe o perioadă de câteva zile. (23)

Important!

După tratamentul opioid 1-2 săptămâni, se dezvoltă toleranță la efectele adverse, cum ar fi detresa respiratorie, sedarea, delirul. La schimbarea opioidului, pacientul poate să nu fie complet tolerant la efectele adverse ale noului opioid, ceea ce ar putea duce la confuzie, somnolență, sedare. De aceea, doza calculată achianalgezică a noului opioid se reduce cu 25-50%, cu excepția tratamentului cu fentanyl. (3)

La rotația opioidelor se face prima oară conversia la morfină orală şi ulterior la cel de-al doilea opioid. (33) (Figura 4)

Principii de conversie:

1. se calculează doza totală pe 24 ore de opioid pe care pacientul o primeşte în prezent. Ulterior se calculează doza echianalgezică a noului opioid (folosindu-se tabele de echi-analgezie);
2. se stabileşte intervalul de administrare a noului opioid;
3. doza totală din 24 ore a noului opioid se divide la numărul de doze care se intenționează a se administra pe zi. (ex. Dacă se doreşte să se administreze la fiecare 12 ore, doza pe administrare = doza totală pe 24 ore/2);
4. se ajustează doza în funcție de cât de bine a fost controlată doza până în prezent şi de dozele “la nevoie”. Această doză şi intervalul orar stabilite reprezintă ținta noului tratament, dar nu reprezintă obligatoriu şi schema inițială de administrare.
5. trebuie să fie luată în calcul doza reziduală din organism a primului opioid şi intervalul de epurare, pentru a se evita supra-dozajul.
6. caracteristica administrării noului opioid o reprezintă o doză bazală mai scăzută, cu doze mai mari stabilite pentru durerea

“breakthrough”, ulterior se creşte lent doza bazală, în funcție de epurarea primului antialgic, de evoluția simptomatologiei şi necesarul de doze “la nevoie”.(34)

Echianalgezia morfină orală – alte opiode orale	
Morfină – Tramadol	1:5
Morfină - Codeină	1:8
Morfină - Metadonă	?
Morfină - Oxycodonă	1,5:1
Morfină - Hydromorphon	5:1

Echianalgezia morfină parenteral – alte opiode parenteral	
Morfină - Fentanyl	100:1
Morfină - Hydromorphonă	5:1
Morfină – Tramadol	1:10
Morfină - Oxycodonă	1:1

Echianalgezia oral -parenteral la acelasi opioid	
Morfină (oral - parenteral)	2-3:1
Hydromorphon (oral - parenteral)	3:1
Metadonă (oral - parenteral)	2:1
Oxycodonă (oral-parenteral)	2:1

Echianlgezia Fentanyl plasture - Morfina			
Puterea plasture	Doza	Morfină parenteral (mg/24 ore)	Morfină oral (mg/24 ore)
12µg/h	288µg/24h	10-15	25-40
25µg/h	600µg/24h	30-40	60-100
50µg/h	1200µg/24h	60-80	120-200
75µg/h	1800µg/24h	90-120	180-300
100µg/h	2400µg/24h	120-150	240-400

Figura 4: Echianalgezia opioidelor

Datorită preferinței medicilor oncologi pentru utilizarea plasturilor de Fentanyl, expunem câteva reguli de conversie:

♦ După administrarea plasurelui de Fentanyl, efectul analgezic se instalează la 12-24 ore, de asemenea, la întreruperea administrării, opioidul persistă în concentrații semnificative la nivel sangvin, până la 24 ore.

♦ În cazul unui pacient aflat în tratament cu un preparat opioid cu administrare la fiecare 4 ore, după aplicarea plasturelui, se continuă şi administrarea dozelor de opioid cu eliberare rapidă la orele 0-4-8, apoi se opreşte administrarea;

♦ La pacienții în tratament cu un opioid cu eliberare modificată, la fiecare 12 ore, se aplică plasturele o dată cu ultima doză orală;

♦ La pacienții cu administrare continuă de opioid, pe seringă automată, se continuă administrarea continuă încă 6 ore după aplicarea plasturelui;

♦ Tratamentul opioid "la nevoie" se stabileşte folosind preparate de morfină cu eliberare rapidă (doza = 1/6 x cu doza echivalentă de morfină/24h);

♦ Pentru conversia de pe tratament cu plasturi de Fentanyl la preparate cu administrare la 12 ore, după îndepărtarea plasturelui, se inițiează al doilea opioid la 10-12 ore, perioadă în care durerea este controlată cu medicație cu eliberare rapidă, "la nevoie";

♦ După îndepărtarea plasturelui de Fentanyl, se poate începe administrarea continuă de opioid pe seringă automată, la doza echianalgezică, după 10-12 ore. Această perioadă beneficiază de tratament opioid "la nevoie".(8) (Tabelul 6, 7)

Tratamentul medicamentos sistemic corect efectuat nu poate controla simtomatologia algică la 10-30% pacienți. Tehnicile neurochirurgicale (blocarea plexurilor nervoase) şi anestezice (administrarea opioidului intraspinal, anestezic local sau intrapleural) pot contribui la tratamentul eficient al durerii din cancer, permițând reducerea ulterioară a dozelor şi chiar întreruperea tratamentului opioid sistemic. (35)

Procedurile anestezice/ tehnici invazive minimal percutane:

- blocada nervului periferic: anestezia locală sau injectarea de corticoid la nivelul rădăcinii nervului comprimat prin tumoră determină reducerea edemului şi inflamației de la acest nivel şi diminuarea durerii pe o perioadă de câteva săptămâni. Are rol limitat în durerea cronică din cancer; (3)
- neuroliza n. intercostal cu alcool sau fenoli poate reduce durerea datorată unei metastaze osoase costale pentru o perioadă de câteva luni;

- neuroliza intraspinală selectivă;
- blocada simpatică la nivelul ggl.celiac în cancerele capului şi gâtului, plexului celiac în tumorile abdomenului superior sau plexului hipogastric superior în tumorile pelvine,
- administrarea opioidului intratecal determină şuntarea proceselor de transport şi metabolice, cu indicație în durerile severe care necesită doze foarte mari de opiode, cu efecte adverse semnificative. (30). Poate induce sedare, afectarea cogniției, constipație sau fatigabilitate, de cele mai multe ori severe. (36)

Administrarea analgezicelor in afectare hepatică		
Preparat	**Recomandări**	**Discuţii**
Codeină	De evitat	
DHC	Precauţie	
Tramadol	De evitat in stadii severe	In Ihep moderate se creşte intervalul de administrare
Alfentanil	Cu precauţie	Necesită reducerea dozelor
Morfină	Cu precauţie	I Hep moderată: doze scăzute; I Hep severă: doze scăzute, cu extinderea intervalului
Fentanyl	Cu precauţie	Se evită administrarea plasturelui, dozele "la nevoie" se pot utiliza
Oxycodonă	Se evită în I Hep severă	I Hep moderată: doze mai mici
Amitriptilină	De evitat	
AINS	De evitat	
Gabapentin	Cu precauţie	Pot fi utilizate dozele uzuale
Pregabalin	Nu este influenţat în afectare hepatică	Doze uzuale

Tabelul 6. ***Tratamentul opioid în afectarea hepatică***

Proceduri neurochirurgicale:

- Cordotomie cu indicație în durerea unilaterală care nu depăşeşte linia mediană;
- Mielotomia: indicată la pacienții cu durere viscerală severă non-responsivă la alte tratamente;

- Hipofizectomia: la pacienții cu dureri severe, difuze, determinate de boală metastatică, cum ar fi cancerul mamar sau prostatic, în legătură cu statusul hormonal;
- Talamotomia: la pacienții cu durere neuropată necontrolabilă/allodinie/ durere hiperpată;
- Cingulotomia: durere severă, difuză/cu localizări multiple;
- Tractotomia trigeminală: la pacienții cu cancere ale capului şi gâtului cu localizare unilaterală şi cu durere intractabilă pe traiectul nervului trigemen;
- Mezencefalotomia: durerea din cancer localizată la nivelul feței, gâtului şi umărului contralateral; (19)

Important!

Opioidele puternice nu au efect de ”plafon”.

Administrarea analgezicelor în afectare renală

Preparat	IRC std III (GFR 30-59 ml/min)	IRC std IV (GFR 15-29ml/min)	IRC std V (GFR<15ml/min)	Hemodializă	Dializă peritoneală
Paracetamol	Uzual	Uzual	0,5-1g la 6-8 ore	Dializat	NU
AINS	Precauţie	De evitat	NU	NU	NU
Inh COX2	Precauţie	precauţie	NU	NU	NU
Alfentanil	Uzual	Uzual	Uzual	NU	NU
Buprenorfină	Uzual	Uzual cu monitorizare	Uzual cu monitorizare	Dializat	Dializat
Fentanyl	Uzual	75% Uzual	50% Uzual	NU	NU
Morfină	75% uzual	2,5-5 mg la 6 ore, cu titrare	2,5-5 mg la 6 ore cu titrare	Dializată	NU
Metadonă	Uzual	Doze mici cu titrare	Doze mici cu titrare	NU	NU
Oxycodonă	Uzual	Uzual	Doze mici cu titrare	NU	NU
Amitriptilină	Uzual	Uzual	Uzual	NU	NU
Baclofen	5mg x4/zi	5mgx2/zi	5mg/zi	Dializat	NU
Clonazepam	Doze mici cu titrare	Doze mici cu titrare	Doze mici cu titrare	NU	NU
Gabapentin	100 mgx4/zi	100mgx2/zi	100mg,seara	Dializat	Probabil dializat
Ketamina	Uzual	Uzual	Uzual	NU	NU
Pregabalin	25mgx2/zi Max 300mg/zi	25mg/zi, max. 150mg/zi	25mg/zi, max. 75mg/zi	Dializat	Dializat

Tabelul 7*. Tratamentul opioid în afectarea renală*

De reținut:

Controlul durerii la pacienții cu cancer, în toate stadiile de evoluție ale bolii, este un pas important în obținerea unei calități a vieții superioare.

Tratamentul este în primul rând medicamentos.

În inițierea tratamentului trebuie să se țină cont: de intensitatea durerii, caracteristicile acesteia, subtipul de sindrom algic de care aparține, personalitatea pacientului.

Administrarea medicației se va face la “ore fixe”, prin cea mai puțin invazivă metodă, caracteristic pacientului (sub formă orală la pacienții care se pot alimenta), folosind cea mai convenabilă doză.

Este de preferat asocierea mai multor clase diferite de medicamente cu potențarea efectului antialgic şi minimalizarea efectelor adverse, dar inițierea se va face succesiv pentru a se putea determina corect tolerabilitatea.

De fiecare dată, trebuie stabilită medicația şi doza “la nevoie”, pentru puseul dureros.

Evaluarea şi reevaluarea pacientului cu tratament antialgic se face regulat, în funcție de controlul durerii.

Pacientul şi familia acestuia trebuiesc implicați în tratament.

Bibliografie

1. **Ripamonti C. I.**, Symposium Article-pain Management, Ann. Onc. 2012 23: doi:10.1093/annonc/mds360;.
2. **Hanáček J.** Pathophysiology of Pain, Jesseniova lekárska fakulta PPT Presentation, 2013;
3. Cancer Pain Management (2010) A perspective from the British Pain Society, supported by the Association for Palliative Medicine and the Royal College of General Practitioners.
4. **Broadfield L, Banerjee S, Jewers H, Pollett AJ, Simpson J.**, Guidelines for the Management of Cancer-Related Pain in Adults. Supportive Care Cancer Site Team, Cancer Care Nova Scotia, 2005
5. **Ripamonti C. I., Santini D., Maranzano E., Berti M., Roila F**., and on behalf of the ESMO Guidelines Working Group Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines, Ann. Onc. 2012 23: vii139-vii154. ;
6. **Christo P J., Mazloomdoost D.,** Cancer pain and analgesia. Ann N Y Acad Sci. 2008 September; 1138: 278–298. doi: 10.1196/annals.1414.033

7. **Fayed L.,** Cancer Pain, Types of Cancer Pain, About. com Guide Updated July 09, 2009

8. The Management of Pain at the End Of Life, GUIDELINES AND AUDIT IMPLEMENTATION NETWORK, General Palliative Care Guidelines, November 2010, www.gain-ni.org

9. **Paice JA** Mechanisms and management of neuropathic pain in cancer. J Support Oncol. 2003 Jul-Aug;1(2):107-20.

10. **Bolay H., Moskowitz M A**. Mechanisms of pain modulation in chronic syndromes; doi: 10.1212/WNL.59.5_suppl_2.S2 Neurology September 10, 2002 vol. 59 no. 5 suppl 2 S2-S7

11. **Davies A.** Introduction. In: Davies A, editor. Cancer-related breakthrough pain. Oxford: Oxford University Press; 2006. p. 1-11.

12. **Davies AN, Dickman A, Reid C, Stevens AM, Zeppetella G**. The management of cancer-related breakthrough pain: recommendations of a task group of the Science Committee of the Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland. European Journal of Pain 2009; 13(4): 331-8.

13. Cancer pain relief with a guide to opioid availability, second edition, World Health Organization, Geneva, 1996, WHOLibrary Cataloguing Publicatuion Data, ISBN 92 4 154482 1

14. Acute pain management; scientific evidence. Australian and New Zealand College of Anaesthetists (ANZCA) 2005.

15. **Cherny NI.** Pain assessment and cancer pain syndromes. In: Oxford Textbook of Palliative Medicine. New York, NY: Oxford University Press; 2009. http://oxfordmedicine. com/view/10.1093/ med/9780198570295.001.0001/med-9780198570295-chapter-100102. Accessed June 11, 2013.

16. **Forbes K,** ed. The principles of management of pain due to cancer. In: OPML Opioids in Cancer Pain. New York, NY: Oxford University Press; 2007. http://oxfordmedicine.com/view/10.1093/ med/9780199218806.001.0001/med-9780199218806-chapter-1. Accessed June 11, 2013.

17. **Caraceni A, Weinstein SM**. Classification of cancer pain syndromes. Oncology (Williston Park). 2001 Dec;15(12):1627-40, 1642; discussion 1642-3, 1646-7.

18. **Cherny N I,Portenoy R K.**, The management of cancer pain. CA: A Cancer Journal for Clinicians (1994), 44: 263–303. doi: 10.3322/canjclin. 44.5.263

19. **Doyle D, Hanks G, Cherny N, Calman K.** Oxford Textbook of Palliative Medicine, 3rd edition,Third edition Oxford University Press, 2005, 1280pp

20. **Slavik E, Ivanović S, Grujicić D.** Cancer pain (classification and pain syndromes); Acta Chir Iugosl. 2004;51(4):9-14.

21. **Mekhail N, Kapural L,** Complex regional pain syndrome type I in cancer patients. Current Review of Pain. 2000;4(3):227-33.

22. **Chapman S.,** Chronic pain syndromes in cancer survivors, Nursing standard ISSN 0029-6570

23. Hospice Palliative Care Program, Symptom Guidelines, Principles Of Opioid Management, Fraser Health, www.fraserhealth.ca 2011, vol. 25, n^{o}21, pp. 35-41 [7 page(s) (article)]

24. **Slavin K V,** Current aproach to cancer pain management: Availability and implications of different treatment options, Clin Risk Manag. 2007 June; 3(3): 381–400.

25. **Borda A. P, Charnay-Sonnek F., Fonteyne V., Papaioannou,** E.G. Guidelines on Pain Management & Palliative Care, European Association of Urology 2013

26. **Hinz B, Cheremina O, Bachmakov J, Renner B, Zolk O, Fromm MF, Brune K, Faseb J.,** Dipyrone elicits substantial inhibition of peripheral cyclooxygenases in humans: new insights into the pharmacology of an old analgesic. 2007 Aug;21(10):2343-51. Epub 2007 Apr 13.

27. **Sandu L.** Tratarea Durerii în Medicina Paliativă; Elemente de îngrijiri paleative oncologice şi non-oncologice. Ed. Universitară, Bucureşti, 2006, p. 46-79

28. **Hall E J, Sykes N P,** Analgesia for patients with advanced disease Postgrad Med J 2004;80:190-195

29. **Eisenberg E, Berkey CS, Carr DB, Mosteller F, Chalmers TC**, Efficacy and safety of nonsteroidal antiinflammatory drugs for cancer pain: a meta-analysis. J Clin Oncol. 1994 Dec;12(12):2756-65.

30. **Sternberg T L.**, Cancer Pain and Symptom Management, Northeast Florida Medicine, 2005

31. **Huskeyb AG, Portenoya R K, Lussiera D,** Adjuvant Analgesics in Cancer Pain Management, The Oncologist September 2004 vol. 9 no. 5 571-591

32. **Truelove, Edmond L.,** Pain Mechanisms, Essentials of Oral Medicine; 2001, p289

33. Opioid Conversion Ratios, Guide to Practice, 2010, Eastern Metropolitan Region Palliative Care Consortium

34. **Hallenbeck J L.,** Palliative Care Perspectives: Chapter 4: Pain Management: Conversion among Different Opioids, Copyright © 2003 by Oxford University Press, Inc.

35. **Cherny N, Ripamonti C, Pereira J, Davis C, Fallon M, McQuay H, Mercadante S, Pasternak G, Ventafridda V;** Strategies to manage the adverse effects of oral morphine: an evidence-based report. J Clin Oncol. 2001 May 1;19(9):2542-54.

36. **Smith TJ, Staats PS, Deer T, Stearns LJ, Rauck RL, Boortz-Marx RL, Buchser E, Català E, Bryce DA, Coyne PJ, Pool GE;** Implantable Drug Delivery Systems Study Group, Randomized clinical trial of an implantable drug delivery system compared with comprehensive medical management for refractory cancer pain: impact on pain, drug-related toxicity, and survival. J Clin Oncol. 2002 Oct 1;20(19):4040-9.

IV. SIMPTOMELE, ALTELE DECÂT DUREREA

Gabriela Rahnea Niță

- **Simptome respiratorii:**

➢ ***Tusea***

Definiție

Tusea este un act reflex care constă într-o expirație explozivă prin care se realizează expulzarea secrețiilor şi corpilor străini din arborele traheobronşic. Tusea se întâlneşte la 40% din bolnavii cu cancer şi la 86% din bolnavii cu cancer pulmonar (1).

Tusea se clasifică în: - tuse productivă, pacientul este capabil sau nu să tuşească eficient; - tuse neproductivă

Etiologie

Factorii etiologici ai tusei sunt: infecții ale tractului respirator superior şi inferior, astmul bronşic şi bronhopneumopatia obstructivă cronică, cancerul pulmonar şi metastazele pulmonare, mezoteliomul, fibroza pulmonară, pneumonita radică, edemul pulmonar, pleurezia, refluxul gastroesofagian, aspirația şi medicamentele.

Dispneea poate declanşa tusea şi invers. Tusea persistentă poate declanşa voma, epuizarea, durerea toracică sau abdominală, fracturi costale, sincopă şi insomnii.

Factorii care scad eficiența tusei sunt: durerea, caşexia, miopatia indusă de steroizi, slăbiciunea musculară, distensia abdominală, deshidratarea, afectarea corzilor vocale şi a nervului laringeu recurent.

Management terapeutic

Evaluarea cauzelor reversibile este indicată, iar tratamentul se va adresa direct acestor cauze. Mulți pacienți vor beneficia de terapia simptomatică pentru tusea supărătoare (tusea datorată cancerului pulmonar avansat).

Intervențiile nonfarmacologice constau în: toracenteze (pleurezii), pericardo-centeze (pericardite), terapie fizicală.

Terapiile medicamentoase:

♦ opioizi: - codeina 10-20 mg/4-6 ore; - dextrometorfan 10-20 mg/4-6 ore; - hidrocodon 5-10 mg/4 ore; - metadona; - morfina. Pentru pacienții care iau deja opioide ca tratament al durerii nu este clar dacă adăugarea unui al doilea opioid (codeină) pentru tuse este eficientă.

♦ agenți anestezici locali (lidocainã, bupivacainã) se pot administra şi prin nebulizare.

♦ corticosteroizi: dexametazonă 8 mg/zi.

♦ bronhodilatatoare: - salbutamol; - ipratropium (în BPOC).

♦ antibiotice (pneumonii) (2,3).

Important!

Principala explicație a tusei este de obicei o complicație a patologiei primare. Tusea greu tratabilă are un efect profund asupra calității vieții necesitând terapii multiple.

Bibliografie

1. **Marks SM, Rosielle DA.** Opioids for Cough. Fast Facts and Concepts. March 2008; 199.

2. **Irwin RS, Baumann MH, Bolser DC, Boulet LP, Braman SS, Brightling CE, et al.** Diagnosis and management of cough: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. Chest 2006;129(1 Suppl):1S-23S.

3. **Wee B, Browning J, Adams A, Benson D, Howard P, Klepping G, Molassiotis A, Taylor D**. Management of chronic cough în patients receiving paliative care: review of evidence and recommendations by a task group of the Association for Paliative Medicine of Great Britain and Ireland. Palliat Med. 2012 Sep; 26(6): 780-7.

➢ ***Dispneea***

Definiție

Dispneea este o senzație neconfortabilă de respirație, care este subiectivă şi dificil de definit de către alții, pacientul este cel care ştie când simte acest simptom. Dispneea apare când există un dezechilibru între nevoia şi abilitatea de a respira.

Adesea pacienții observă o pierdere graduală a independenței, ce progresează de la dificultatea inițială de a desfăşura activități plăcute, până la pierderea abilității de a desfăşura chiar şi cele mai

de rutină activități zilnice. Nivelul crescut al dispneei se corelează cu o scădere a calității vieții şi cu modificări fizice, emoționale şi cognitive ce includ anorexia, fatigabilitatea, scăderea puterii de concentrare şi pierderea memoriei (1,2). Dispneea se însoțeşte frecvent de anxietate, teamă şi panică.

Acest simptom poate fi continuu (dispneea continuă) sau prezent în episoade (dispneea breakthrough).

Etiologie

Dispneea are legătură cu boala, cu comorbiditățile acesteia, cu tratamentul bolii şi al comorbidităților sau cu hipoxia (adesea fiind o combinație a acestor factori). Poate apărea în repaus sau în timpul activității fizice.

Factorii etiologici ai dispneei sunt: infecțiile, afecțiunile pulmonare (tumori pulmonare primare, metastaze pulmonare, pneumotorax, pleurezia), tumori traheale sau ale bronhiilor principale, fistule esotraheale, compresiune traheală, tumori epiglotice, sindromul de compresiune mediastinală, pericardita, insuficiență cardiacă, embolismul pulmonar, boli musculoscheletale, cauze extratoracice (anemia, distensia abdominală prin ascită, hepatomegalie, obstrucție intestinală).

Creşterea nivelului dioxidului de carbon stimulează dispneea mai mult decât scăderea nivelului oxigenului.

Management terapeutic

Evaluarea complexă a dispneei, ce cuprinde aspectele fizice, emoționale, sociale şi spirituale ale acestui simptom complex, ghidează clinicianul în alegerea abordării terapeutice, având în vedere atât tratamentele țintite asupra bolii, în funcție de etiologie, cât şi asigurarea confortului şi a calității vieții atunci când simptomul devine greu tratabil (3,4,5).

Intervențiile nonfarmacologice sunt: acupunctura, reabilitarea pulmonară, exerciții de relaxare. Pacientului şi familiei sale li se dau explicații, vor primi asigurări că pacientul nu se va sufoca.

Oxigenoterapia are atât avantaje (efect asupra hipoxiei, stare de bine la unii pacienți, efect placebo asupra pacienților şi familiilor lor), cât şi dezavantaje (pacientul este legat de sursa de oxigen, dificultăți în vorbire, claustrofobie, distanțare). Oxigenoterapia continuă este indicată la un număr mic de pacienți, la ceilalți se dau explicații combinate cu măsuri nespecifice şi în special cu anxiolitice.

Tratamentul cauzelor corectabile ale dispneei. (Tabel 1):

CAUZA	TRATAMENT
Carcinomul pulmonar microcelular	→ Chimioterapie
Carcinomul pulmonar nonmicrocelular	→ Chimioradioterapie (6)
Pleurezia	→ Toracenteze repetate (la pacienții cu timp de supraviețuire de ordinul săptă-mânilor), Tub de dren cu sau fără pleuro-deză → Mici catetere
Pericardita	→ Pericardocenteză
Carcinomatoza pulmonară	→ Doze mari de corticosteroizi
Afecțiunile endobronşice	→ Doze mari de corticosteroizi → Laserterapie → Crioterapie → Stenturi
Tumorile traheale şi bronşice	→ Chimioradioterapie → Corticosteroizi
Sindromul de compresiune mediastinală	→ Radioterapie → Corticosteroizi
Infecții respiratorii	→ Antibiotice
BPOC/astm bronşic	→ Bronhodilatatoare → Corticosteroizi
Insuficiența cardiacă	→ Oxigen → Inhibitori ACE → Diuretice
Embolismul pulmonar	→ Oxigen → Anticoagulante
Anemia	→ Transfuzii
Ascita	→ Paracenteza
Obstrucția intestinală	→ Corticosteroizi

Tabelul 1. ***Tratamentul cauzelor corectabile ale dispneei***

Terapia medicamentoasă:

Opioizii şi benzodiazepinele sunt principalele tratamente ale dispneei. La pacienții care prezintă dispnee fără anxietate se începe terapia cu opioizi în timp ce la cei ce prezintă anxietate se începe terapia cu benzodiazepine. Mulți pacienți vor avea nevoie de ambele clase de medicamente.

♦ Opioizii: morfina (se începe cu 2-4 mg/4 ore po, până când se ameliorează dispneea, rar sunt necesare 5-10 mg/4 ore po sau 2,5-5 mg/4 ore sc) este cel mai bine studiat opioid pentru ameliorarea dispneei, dar şi alți opioizi (oxycodon, fentanyl, metadonă) au acelaşi efect. În general pentru ameliorarea dispneei sunt necesare doze mai mici de opioizi decât pentru ameliorarea durerii. La pacienții ce sunt deja sub tratament cu morfină pentru ameliorarea durerii, se creşte doza cu 10%, putându-se ajunge la o creştere a dozei de până la 50%.

♦ Benzodiazepinele: - lorazepam 0,5-1 mg po; - diazepam 5-10 mg po.

♦ Corticosteroizi: dexametazonă 8 mg/zi.

♦ Alte medicamente:

● sedative respiratorii: - alprazolam 0,5-4,5 mg/zi; - clorpromazin 10-50 mg/zi; - prometazin 12,5-25 mg/zi.

● canabinoizi.

● agenți anestezici locali (lidocainã, bupivacainã) se administrează prin nebulizare.

Pacienții în fază terminală, ce prezintă dispnee, se tratează cu doze mari de morfină şi midazolam sau clonazepam. Ameliorarea dispneei este mai importantă decât depresia respiratorie sau sedarea (7).

Important!

Prin conceptul de ”dispnee totală” se evidențiază faptul că etiologia complexă şi manifestările acestui simptom necesită un plan terapeutic multidisciplinar centrat atât pe stresul psihologic, social şi spiritual, cât şi pe componentele fizice (1,8).

Bibliografie

1. **Kamal AH, Maguire JM, Wheeler JL, Currow DC, Abernethy AP**. Dyspnea review for the paliative care professional: assessment, burdens, and etiologies. J Palliat Med. 2011 Oct;14(10):1167-72.

2. **Reddy SK. Parsons HA. Elsayem A. Palmer JL. Bruera E.** Characteristics and correlates of dyspnea in patients with advanced cancer. J Palliat Med.2009;12:29–36.

3. **Currow DC. Smith J. Davidson PM. Newton PJ. Agar MR. Abernethy AP**. Do the trajectories of dyspnea differ in prevalence and intensity by diagnosis at the end of life? A consecutive cohort study. J Pain Symptom Manage.2010; 39:680–690.

4. **Kamal AH, Maguire JM, Wheeler JL, Currow DC, Abernethy AP,** Dyspnea review for the paliative care professional: treatment goals and therapeutic options. J Palliat Med. 2012 Jan;15(1):106-14.

5. **Elmqvist MA. Jordhoy MS. Bjordal K. Kaasa S. Jannert M**. Health-related quality of life during the last three months of life in patients with advanced canc er. Support Care Cancer. 2009;17:191–198.

6. **Lupattelli M, Maranzano E, Bellavita R, et al**, Short-course paliative radiotherapy in no-small-cell lung cancer: rezults of a prospective study. Am J Clinic Oncol 2000 Feb; 23(1):89-93.

7. **Horn LW**. Terminal dyspnoea: a hospice approach. Am J Hospice Paliative Care 1992; 9:24-32.

8. Abernethy AP. Wheeler JL. Total dyspnoea. Curr Opin Support Palliat Care. 2008;2:110–113.

- **Simptome digestive:**

➢ ***Greața şi vărsăturile***

Definiție

Greața este o senzație neplăcută asociată cu aversiune pentru alimente şi cu senzația iminentă de a voma.

Vărsăturile reprezintă expulzia conținutului gastric pe gură, fiind precedată sau nu de senzația de greață.

Greața este mai supărătoare decât voma, mulți pacienți acceptând o vomă ocazională, dacă după aceea nu mai prezintă greață.

Etiologie

Factorii etiologici ai grețurilor şi vărsăturilor sunt: tumori maligne local avansate (cancer gastric, al pancreasului, orofaringian), metastaze hepatice, carcinomatoză peritoneală, ascită, obstrucție

sau compresie a esofagului, obstrucție intestinală (mecanică sau insuficiență peristaltică), tumori şi metastaze cerebrale cu hipertensiune intracraniană, tumori vestibulare, neuropatie autonomică (sindroame paraneoplazice, diabet, alcoolism), insuficiență renală sau hepatică, hipercalcemie, hiponatriemie, gastropareză (neuropatia paraneoplazică viscerală), medicamente (opioizi, anticolinergice, chimioterapie, AINS, fier, carbamazepina, bronhodilatatoare, estrogeni), radioterapie (1).

Management terapeutic

Măsurile generale constau în identificarea şi tratarea cauzelor reversibile (medicamente, hipercalcemia, uremia, gastroenterita, constipația, tusea, infecțiile, anxietatea şi depresia).

Antiemeticele pot avea acțiune: asupra sistemului nervos central cât şi o acțiune dublă, asupra sistemului nervos central şi asupra tractului gastro-intestinal (2) (Tabel 2)

Sistem nervos central	**Sistem nervos central şi tract gastro-intestinal**
Hioscină Hidrobromid – 10 mgx3/zi	Metoclopramid – 10-20 mgx4/zi, Domperidon
Ciclizina – 50-100 mg/zi	Ondansetron – 8 mgx3/zi, Granisetron – 3 mg/zi, Palonosetron – 1 f 250 micrograme/2 zile sau 1 tb 500 mg/zi
Levomepromazin – 5-25 mg/zi	Dexametazonă – 8 mg/zi
Haloperidol – 5 mg/zi	
Lorazepam – 1-3 mg/zi	
Nabilon	

Tabelul 2. *Clasificarea antiemeticelor în funcție de mecanismul de acțiune*

Important!

Mecanismele grețurilor şi vărsăturilor sunt complexe, fiind afectate căi multiple; o abordare pragmatică selectând antiemeticul care este cel mai probabil eficace şi apoi a unui al doilea medicament, este adesea eficientă (3).

Bibliografie

1. **Rhodes VA, McDaniel RW.** Nausea, vomiting, and retching: Complex problems inpaliative care. CA A Cancer Journal for Clinicians 2001;51:232-248.

2. **Loewen, P. S., Marra C. A., et al.** 5-HT3 receptor antagonists vs traditional agents for the prophylaxis of postoperative nausea and vomiting. Can J Anaesth 2000; 47(10): 1008-18.

3. **Hallenbeck, J., Weissman D. E.** Fast Fact and Concept #5: Treatment of nausea and vomiting. End of Life Education Project. http://www.eperc.mcw.edu/, 2000.

- ***Constipația***

Definiție

Constipația se defineşte prin eliminarea dificilă, uneori incompletă de materii fecale dure; eliminarea se realizează mai puțin frecvent decât este normal.

Aspectele clinice constau în: durere, greață sau vărsături, anorexie, flatulență.

Etiologie

Factorii ce cauzează constipația sunt datorați tumorilor, medicației (opioide, anticolinergice, antiacide, diuretice, fier), hipercalcemiei, afectării coloanei vertebrale lombosacrate, caudei equina, nervilor pelvici. Totodată constipația poate fi produsă de efectele secundare ale bolii (deshidratare, imobilizare, dietă săracă, anorexie), precum şi de către boli concurente (hipotiroidism, fisură anală, hemoroizi, hipokaliemia, boala parkinson) (1,2)

Management terapeutic

Măsurile generale constau în încurajarea administrării a doi litri de lichide pe cale orală, revizuirea dietei, corectarea factorilor reversibili ce cauzează constipația.

Tratamentul medicamentos se face cu laxative orale, rectale sau clisme sau microclisme.

Laxativele se clasifică în:

- ♦ de volum: metilceluloză;
- ♦ de lubrifiere: ulei de parafină;
- ♦ de înmuiere: Docusat de sodiu 100mgx2/zi;
- ♦ osmotice: Lactuloză, emulsie de parafină lichidă şi hidroxid de magneziu;

♦ sulfat de magneziu;
♦ de contact: Bisacodyl 5-10 mg seara, Senna 10-20 ml seara;
♦ antagonişti opioizi: Naloxon 6mgx3/zi (3).

Important!

90% din pacienții care primesc morfină au nevoie de un laxativ, iar o treime din aceştia au nevoie de laxative supozitoare sau clisme.

Unele opioide sunt mai puțin constipante decât doza echianalgezică de morfină (fentanyl, metadonă) (4).

Când se administrează opioide se prescriu întotdeauna laxative.

De obicei se utilizează combinații de laxative, respectiv un stimulent împreună cu un laxativ de înmuiere.

Bibliografie

1. **Hallenbeck, J, Weissman D. E.** Fast Fact and Concept #15; Constipation. End of Life Education Project. http://www.eperc.mcw.edu/, 2000.
2. **Fallon M, O'Neill B.** ABC of paliative care. Constipation and diarrhoea. BMJ 1997; 315(7118): 1293-6.
3. **Hurdon, V., Viola R., et al.** How useful is docusate in patients at risk for constipation? A systematic review of the evidence in the chronically ill. J Pain Symptom Manage 2000; 19(2): 130-6.
4. **Radbruch, L. et al.** Constipation and the use of laxatives: A comparison between transdermal fentanyl and oral morphine. Palliat Med 2000; 14: 111-9.

➢ ***Diareea***

Definiție

Diareea reprezintă eliminarea a mai mult de trei scaune pe zi neformate.

Pacienții cu diaree au un risc crescut de deshidratare, tulburări electrolitice şi fatigabilitate.

Etiologie

Cauzele diareei sunt reprezentate de folosirea excesivă a laxativelor, obstrucția intestinală parțială, insuficiența pancreatică, infecțiile cu Clostridium difficile, chimioterapia, enterita radică, constipația severă, fecaloamele şi medicamentele.

Management terapeutic

Se reevaluează dieta, medicația, laxativele. Se asigură o hidratare adecvată iar în deshidratarea severă se face hidratare parenterală. Se asigură mici cantități de electroliți şi glucoză.

Tratamentul medicamentos cuprinde medicamente ce formează scaunul, antimicrobiene, adsorbante şi opioizi:

♦ Kaolin - o suspensie alcătuită din agenți adsorbanți şi formatori ai scaunului;

♦ Antibiotice (enterita cu clostridium difficile);

♦ Bismut (enterita cu E.colli);

♦ Loperamid: doza inițială 4 mg, apoi câte 2 mg după fiecare scaun diareic;

♦ Codeină: 10-16 mg/4 ore;

♦ Aspirină şi Colestiramină (diareea din enterita radică);

♦ AINS (boala inflamatorie a colonului);

♦ Enzime pancreatice (insuficiența pancreatică);

♦ Octreotid (diareea din HIV) (1,2,3)

Important!

Igiena tegumentului perianal este foarte importantă.

Bibliografie

1. **Fallon M, O'Neill B.** ABC of paliative care. Constipation and diarrhoea. BMJ 1997; 315(7118): 1293-6.

2. **Alderman J.** Diarrhea in Paliative Care, 2nd Edition. Fast Facts and Concepts. October 2007; 96.

3. **Berger A, et al**, Eds Principles and Practice of Paliative Care and Supportive Oncology, 3nd ed. Philadelphia, PA; Lippincott Williams & Wilkins; 2006.

- **Simptome neuropsihice:**

➢ ***Anxietatea***

Definiție

Anxietatea este o stare de nelinişte şi frică ce rezultă din percepția unei amenințări actuale sau viitoare.

16 % din consulturile psihiatrice la pacienții cu cancer în stadiu avansat sunt atribuite simptomelor anxietății (1).

Simptomele anxietății se manifestă atât ca stres emoțional (îngrijorări existențiale ca frica de durere şi moarte, pierderea autonomiei, probleme neterminate, pacientul se simte o povară), cât şi ca simptome fizice (dificultăți în respirație, tahicardie, greață).

Etiologie

Anxietatea este o componentă importantă a durerii acute şi cronice, dispneei (embolism pulmonar, metastaze pulmonare, pleurezie malignă), senzației de greță sau aritmiilor cardiace.

Tulburările metabolice şi electrolitice pot determina anxietate.

Întreruperea unor medicamente (opioide, benzodiazepine, clonidină, antidepresive şi corticosteroizi) precum şi reacțiile adverse ale unor medicamentelor (corticosteroizi, psihostimulante şi unele antidepresive) sunt alți factori ai anxietatății (2).

Totodată, anxietatea este un simptom important al unor afecțiuni psihiatrice (anxietatea generalizată, atacul de panică, tulburarea de stres acut sau post-traumatic, fobia) (2)(3).

Management terapeutic

Evaluarea eficientă şi managementul anxietății implică eliminarea cauzelor primare, ameliorarea simptomelor fizice şi tratamentul în cele din urmă tratamentul adecvat.

Benzodiazepinele sunt medicamentele de prima linie. Se utilizează:

- ♦ Lorazepam (doza inițială 0,5-2 mg x 3/zi);
- ♦ Oxazepam (10-15 mg x 3/zi);
- ♦ Alprazolam (0,25-0,5 mg x 3/zi) (4).

Folosirea excesivă a benzodiazepinelor poate provoca confuzie, somnolență şi creşterea riscului de aparență a delirului. La pacienții cu insuficiență respiratorie, benzodiazepinele trebuie evitate.

Antidepresivele se folosesc în anxietatea generalizată şi atacurile de panică dar durează până la o lună să devină eficace (1).

Important!

Tratamentul anxietății la pacienții cu cancer în stadiul avansat este mai eficace în contextul unei relații de suport, bazată pe încredere, cu membrii echipei de îngrijire.

Sunt importante discuțiile cu pacientul care are întrebări în privința procesului morții, afacerilor neterminate şi îngrijorărilor spirituale (1).

Bibliografie

1. **Payne DK, Massie MJ.** Anxiety in paliative care. In: Chochinov HM, Breitbart W, eds. Handbook of psychiatry in paliative medicine. Oxford, UK: Oxford University Press; 2000.

2. **Block SD.** Psychological issues in end-of-life care. J Palliat Med. 2006; 9: 751-772.

3. Stoklosa J, Patterson K, Rosielle D, Arnold R. Anxiety in Paliative Care – Causes and Diagnosis. Fast Facts and Concepts. August 2007; 186.

4. **Jackson K C, Lipman A G,** Drug therapy for anxiety in adult paliative care patients; Editorial Group: Cochrane Pain, Paliative and Supportive Care Group, Published Online: 7 OCT 2009 Assessed as up-to-date: 7 OCT 2003;

- ***Depresia***

Definiție

Depresia este o stare patologică, reprezentată de un grup de semne şi simptome, care interferă cu activitatea zilnică. Aceste semne şi simptome sunt: tristețea, lipsa de speranță, pierderea interesului pentru activități, scăderea sau creşterea ponderală, scăderea sau creşterea perioadei de somn, astenia sau lipsa energiei, scăderea puterii de concentrare, incapacitatea de a lua decizii, gânduri suicidale (1).

Depresia apare cu o frecvență de 20-40% la pacienții cu cancer şi este adesea subdiagnosticată şi subtratată, alterând asfel calitatea vieții şi agravând simptomele fizice precum durerea şi astenia (2), (3), (4).

Etiologie

Factorii de risc în apariția depresiei sunt: controlul slab al simptomelor fizice, istoric de tulburări de dispoziție sau de abuz de alcool sau droguri, dificultăți în procesul de comunicare şi stabilire de relații, izolare socială şi lipsa suportului social.

Simptomele depresive pot fi induse de boală sau de tratamentul acesteia.

Management terapeutic

La pacienții cu cancer avansat, antidepresivele se folosesc numai la cei cu tulburare depresivă majoră; la pacienții care nu au această tulburare nu se obține ameliorarea simptomelor şi a stării de dispoziție (2), (5).

Principalele antidepresive folosite la pacienții paliați sunt:

- ♦ Amitriptilina (10-300 mg/zi);
- ♦ Doxepin (10-300 mg/zi);
- ♦ Imipramina (25-200 mg/zi);
- ♦ Fluoxetin (20-80 mg/zi);
- ♦ Sertraline (50-100 mg/zi);
- ♦ Paroxetine (20-60 mg/zi);
- ♦ Venlafaxina (37,5-225 mg/zi);
- ♦ Trazodone (150-375 mg/zi);
- ♦ Mirtazapina (15-45 mg/zi);
- ♦ Tianeptine (3-7,5 mg/zi);
- ♦ Bupropion (100-450 mg/zi) (2), (6), (7).

La pacienții ce experimentează o reacție intensă de stres ca răspuns la disfuncțiile apărute sau la moarte iminentă este indicată consilierea suportivă, individuală sau de grup.

Mai sunt indicate tehnicile de relaxare şi terapiile complementare (terapia prin artă sau muzică).

Important!

Dacă sunt corect prescrise, antidepresivele ameliorează suferința pacientului, iar, pentru optimizarea eficacității, antidepresivele trebuie folosite în combinație cu intervenții psihoterapeutice (2), (8).

Bibliografie

1. **Noorani NH, Montagnini M.** Recognizing depression in paliative care patients. J Palliat Med. 2007 Apr;10(2):458-64.
2. **Rhondali W, Reich M, Filbet M.** A brief review on the use of antidepressants in paliative care; *Eur J Hosp Pharm 2012; 19:41-44*
3. **Kelly C, Paleri V, Downs C, Shah R**. Deterioration in quality of life and depressive symptoms during radiation therapy for head and neck cancer. Otolaryngol Head Neck Surg 2007; 136:108.
4. **Lloyd-Williams M.** Depression in advanced cancer–a hidden symptom. Clin Med 2001;1:175–176.
5. **Angelino AF, Treisman GJ.** Major depression and demoralization in cancer patients: diagnostic and treatment considerationsSupport Care Cancer 2001; 9: 344–349.

6. **Wilson KG, Chochinov HM, de Faye BJ, Breitbart W.** Diagnosis and management of depression in paliative care. In: Chochinov HM, Breitbart W, eds. Handbook of psychiatry in paliative medicine. Oxford, UK: Oxford University Press; 2000.

7. **Dy SM, Lorenz KA, Naeim A, et al**. Evidence-based recommendations for cancer fatigue, anorexia, depression, and dyspnea. J Clin Oncol 2008; 26:3886.

8. **Miller KE, Adams SM, Miller MM**: Antidepressant medication use in paliative care. Am J Hosp Palliat Care 2006;23:127–133.

- ***Insomnia***

Definiție

Insomnia este descrisă ca o tulburare a somnului în care pacientul nu are capacitatea de a adormi sau a rămâne adormit pentru o perioadă rezonabilă de timp.

Insomnia poate fi intermitentă, acută şi cronică. Insomnia conduce frecvent la astenie, afectând grav calitatea vieții (1).

Această tulburare apare la 25-95% din bolnavii cu cancer.

Etiologie

Tulburările somnului sunt rezultatul unor factori multipli, unii reversibili, alții ireversibili şi sunt precipitate de factori fizici, psihologici, precum şi de stilul de viață (2).

Factorii fizici sunt reprezentați de simptomele fizice necontrolate şi anume durerea, greața, vărsăturile, dispneea, cefaleea şi convulsiile (3).

Factorii psihoemoționali ce determină tulburări ale somnului sunt anxietatea şi depresia.

Alți factori implicați sunt cei cognitivi şi anume gândurile legate de boală, îngrijorările în privința stării de sănătate şi a familiei. De asemenea medicamente ca steroizii şi psihostimulantele, precum şi tratamentele antineoplazice (chirurgia, chimioterapia, hormonoterapia şi radioterapia) contribuie la apariția tulburărilor de somn.

Management terapeutic

Este necesar să se exploreze impactul insomniei asupra aşteptărilor pacientului ținând cont de faptul că ceea ce este suficient pentru un pacient poate fi insuficient pentru altul, de aceea este foarte important să se individualizeze managementul în conformitate cu cerințele pacientului.

Acest impact se manifestă pe plan fizic, emoțional. Totodată insomnia afectează abilitatea de adaptare la stres precum şi abilitatea de concentrare.

Tratamentul este multimodal cuprinzând atât metode nonfarmacologice atenție acordată igienei somnului şi terapiile cognitiv comportamentale, cât şi farmacologice (4).

În ceea ce priveşte igiena somnului se recomandă menținerea unei rutine regulate a acestuia, evitarea ațipirii, a cititului sau urmăririi emisiunilor tv în pat, evitarea consumului de cafea şi alcool, evitarea urmăririi ceasului peste noapte, exerciții fizice regulate.

Terapiile cognitiv comportamentale sunt reprezentate de relaxare musculară, hipnoza.

Metodele farmacologice sunt:

♦ benzodiazepine – se utilizează cu precauție în asociere cu opioizii datorită riscului crescut de confuzie; de asemenea se utilizează cu precauție la vârstnici datorită riscului de agitație paradoxală, de cădere şi de afectare cognitivă;

♦ antidepresive sedative: amitriptilina, mianserin, doxepin, mirtazapina, trazodone;

♦ antihistaminice sedative: clorfeniramină şi difenhidramină;

♦ melatonina.

Important!

Insomnia este adesea precipitată de stres, iar diagnosticul de cancer în sine este un eveniment stresant astfel că stresul continuă de-a lungul evoluției bolii.

Bibliografie

1. **Koul R, Dubey A.** Insomnia in oncology; an overview, Internet Journal of Pain, Symptom Control & Paliative Care; 2009, Vol. 7 Issue 1, p2
2. **Sanna P, Bruera E**. Insomnia and sleep disturbances. European Journal of Paliative Care 2002;9(1):8-12
3. **Hugel H, Ellershaw JE, Cook L, Skinner J, Irvine C.**The prevalence, key causes and management of insomnia in paliative care patients. J Pain Symptom Manage. 2004 Apr;27(4):316-21.
4. **Hajjar RR.** Sleep disturbance in paliative care.Clin Geriatr Med. 2008 Feb;24 (1): 83-91.

- ***Confuzia***

Definiție

Confuzia se referă la tulburări de concentrare, de gândire, de memorie, dezorientare temporo-spațială sau la propria persoană, nefiind sinonimă cu delirul sau demența (1).

Etiologie

Factorii ce determină apariția confuziei sunt: creşterea presiunii intracraniene (tumori cerebrale maligne primare sau secundare), tulburări metabolice şi hidroelectrolitice (hipercalcemie, hiponatriemie, hipoglicemie, uremie, insuficiență hepatică), deshidratare, avitaminoze, anemie, hipoxie, retenție acută de urină, constipație, medicamente (opioide, benzodiazepine, corticosteroizi), psihoze, sevraj la alcool sau alte medicamente (2,3)

Management terapeutic

Măsurile nefarmacologice au în vedere crearea unui mediu înconjurător favorabil pentru pacient, cu persoane apropiate şi de încredere în jurul său, cameră liniştită, evitarea zgomotului.

Măsurile farmacologice au în vedere tratarea cauzelor reversibile şi anume:

- corticosteroizi (dexametazona) şi diuretice (ederen): pentru hipertensiunea intracraniană;
- inhibitori ai activităților osteoclastelor (clodronat, pamidronat, ibandronat, acid zoledronic), corticosteroizi (dexametazona), hidratare: pentru hipercalcemie;
- perfuzii cu masă eritrocitară: pentru anemie;
- vitamine: pentru avitaminoze.

Tratamentul medicamentos constă în:

♦ neuroleptice: - haloperidol 20 mg/zi po,sc,im,iv; - levomepromazin 12,5-50 mg/4 ore po,sc;

♦ benzodiazepine: - midazolam 30-100 mg/zi sc (1).

Important!

Confuzia trebuie să fie identificată precoce. Familia pacientului ce prezintă confuzie necesită suport psihologic întrucât confuzia este un eveniment foarte stresant pentru cei din jur.

Bibliografie

1. **Rahnea Niță G,** Confuzia, Compendiu de Îngrijiri Paliative la Domiciliu, sub redacția Olăroiu M, ed. Viața Medicală Românească, Bucureşti, 2004; pag 36-37.
2. **Fainsinger RL, Bruera E.** The management of dehydration in terminally ill patients. J of Palliat Care 1994; 10:55-59.
3. **Barraclough J.** ABC of paliative care: Depression, anxiety, and confusion, BMJ 1997; 315:1365.

- ***Delirul***

Definiție

Delirul (confuzia acută) se caracterizează prin apariția bruscă a unor tulburări ale stării de conştiință, atenție, cogniție şi percepție, având fluctuații în cursul unei zile.

Acesta poate fi hiperactiv (agitat sau hiperalert), hipoactiv (letargic sau hipoalert) şi mixt (1). Diferitele tipuri de delir au cauze diferite şi răspunsuri diferite terapeutice. Delirul hipoactiv se asociază cu hipoxia, tulburările metabolice şi encefalopatia hepatică, având un risc de mortalitate mai mare, comparativ cu delirul hiperactiv, care se corelează cu sevrajul la alcool sau alte medicamente sau cu intoxicația medicamentoasă (2).

Simptomele principale ale delirului sunt: tulburări ale conştiinței şi atenției, creşterea sau scăderea activității psihomotorii, tulburări ale stării de dispoziție, dezorganizarea gândirii, vorbire incoerentă, afectarea orientării şi a memoriei.

Etiologie

Factorii etiologici sunt multipli: efecte adverse ale medicamentelor, dezechilibre electrolitice, deshidratare, insuficiențe de organ, sindroame paraneoplazice şi tumori maligne ale sistemului nervos central.

Management terapeutic

În evaluarea etiologiei delirului, un rol important, îl are diferențierea clinică între delirul reversibil şi delirul – element integrat al procesului morții la pacienții muribunzi.

În ceea ce priveşte delirul reversibil, sunt indicate măsuri specifice, şi anume: revizuirea medicației (reducerea dozelor de opioide sau rotația opioidelor), tratarea sevrajului la alcool sau medicamente (3).

Managementul delirului terminal, factor predictiv al apropierii morții, are în vedere scopul îngrijirii şi comunicarea acestuia membrilor echipei, pacientului şi familiei acestuia (4,5).

Terapiile nefarmacologice şi suportive au un rol esențial în managementul delirului, mai ales la pacienții terminali. Acestea includ: oxigenoterapia, administrarea de fluide şi electroliți, nutriția, mobilizarea, asigurarea funcționării colonului şi vezicii urinare, terapia durerii şi modificarea mediului înconjurător (cameră liniştită, lumină de intensitate redusă, evitarea schimbării poziției pacientului în pat, obiecte familiare în jur, ceas sau calendar la vedere).

Terapiile farmacologice:

♦ antipsihotice: - haloperidol (este medicația standard datorită eficacității şi siguranței), doza recomandată este 1-2 mg/4 ore po, iv, im, sc sau 0,25-0,5 mg/4 ore po, iv, im, sc, pentru pacienții vârstnici; - clorpromazin (o alternativă terapeutică eficace la haloperidol, când este necesară o creştere a sedării, sau în agitația severă a pacienților terminali, pentru scăderea stresului pacientului, familiei şi membrilor echipei), doza recomandată este de 12,5-50 mg/4 ore po,iv,im,sc; - antipsihotice atipice: risperidona 0,25 -1 mg/12-24 ore po, olanzapina 2,5-5 mg/12-24 ore po, im (sunt preferate datorită scăderii riscului de efecte adverse extrapiramidale).

♦ psihostimulante: - metilfenidat (pentru delirul hipoactiv, ce poate fi tratat şi prin combinarea antipsihoticelor cu psihostimulante (6). Aproximativ 30% dîntre pacienții muribunzi, cu delir, nu răspund la tratamentul cu antipsihotice. În aceste cazuri se folosesc:

♦ benzodiazepine: - lorazepam, midazolam.

♦ opioizi

Important!

Recunoaşterea unui episod de delir este deosebit de importantă în planificare tratamentului şi în avertizarea membrilor familiei asupra a ceea ce va urma.

Evaluarea corectă, diagnosticul şi managementul delirului sunt esențiale în ameliorarea calității vieții.

Bibliografie

1. **Meagher DJ, Moran M, Raju B, et al.** Phenomenology of delirium. Assessmentof 100 adult cases using standardised measures. Br J Psychiatry. 2007;190:135-141.

2. **Leonard M, Raju B, Conroy M, et al.** Reversibility of delirium in terminally ill patients and predictors of mortality. Palliat Med. 2008;22(7):848-854.

3. **Siddiqi N, Stockdale R, Britton AM, Holmes J.** Interventions for preventing delirium in hospitalised patients. Cochrane Database Syst Rev. 2007; (2): CD005563.

4. **Rietjens JA, van Zuylen L, van Veluw H, et al.** Paliative sedation in a specialized unit for acute paliative care in a cancer hospital: comparing patients dying with and without paliative sedation. J Pain Symptom Manage. 2008; 36(3): 228-234.

5. **Casarett DJ, Inouye SK**. Diagnosis and management of delirium near the end of life. Ann Intern Med 2001;135:32-40.

6. **Vitetta L, Kenner D, Sali A.** Sedation and analgesia-prescribing patterns in terminally ill patients at the end of life. Am J Hosp Palliat Care. 2005;22(6):465-473.

- **Simptome hematologice:**
  - ***Anemia***

Definiție

Anemia este o stare patologică cu manifestări clinico-biologice produse prin deficit global de hemoglobină. Aceste manifestări includ fatigabilitatea, dispneea, vertijul, pierderea apetitului şi a libidoului, creşterea episoadelor anginoase, inabilitatea de concentrare, depresia, tegumente reci (1,2,3,4,5).

Anemia se observă la 68% din pacienții cu tumori maligne şi este asociată cu un răspuns scăzut la tratament, având un impact negativ profund atât asupra supraviețuirii, cât şi a calității vieții (6).

Etiologie

Cauzele anemiei sunt: mielosupresia consecutivă chimio-terapiei, radioterapiei sau hormonoterapiei, infiltrarea de către tumoră a măduvei osoase, deficiențe nutriționale, sângerări, hemoliza, insuficiența renală cronică sau anemia din bolile cronice.

Anemia este un factor de prognostic negativ pentru controlul locoregional al tumorii şi contribuie la morbiditatea generală la pacienții cu cancer.

Management terapeutic

Tratamentul nemedicamentos constă în creşterea aportului caloric şi proteic.

Tratamentul medicamentos cuprinde:

- ♦ preparate pe bază de fier po, im, iv;
- ♦ acid folic;
- ♦ vitamine;
- ♦ antisecretorii gastrice (pentru sângerări);
- ♦ corticosteroizi (în hemoliză, insuficiență medulară).

Transfuziile de masă eritrocitară se efectuează la valori ale hemoglobinei < 7g/dl în funcție de simptomatologie şi de viteza de instalare a anemiei; acestea oferă doar creşteri tranzitorii ale nivelului hemoglobinei, având un efect minim asupra calității vieții. Totodată prezintă riscuri şi anume imunosupresia, reacții adverse hemolitice şi transmiterea agenților infecțioşi (7,8,9).

Eritropoetinele sunt o alternativă viabilă a transfuziilor sanguine, evitând riscurile aociate acestora, tratând eficace anemia la pacienții cu tumori maligne, crescând nivelul hemoglobinei, scăzând fatigabilitatea, îmbunătățind abilitatea de a efectua activitățile zilnice uzuale, crescând astfel calitatea vieții. Totodată previn anemia severă şi reduc administrarea transfuziilor la bolnavii cu risc mare de a dezvolta anemie postchimioterapie (1,6).

Eritropoetinele se administrează astfel: epoetinum alfa – 1 f 40.000 ui/săptămână inj sc, epoetinum beta – 1 f 30.000 ui/săptămână inj sc, darbepoetinum alfa – 1 f 500 µg/3 săptămâni inj sc.

Important!

Există o corelare între nivelul hemoglobinei şi calitatea vieții. Eritropoetinele sunt eficace şi sigure în tratamentul anemiei, cresc şi mențin nivelul hemoglobinei, reducând necesarul transfuzional, permit efectuarea tratamentelor oncologice prin prevenirea anemiei, ameliorând calitatea vieții la pacienții cu cancer (10,11).

Bibliografie

1. **Bogdanos J, Karamanolakis D, Milathianakis K, Repousis P, Chloraki-Bobota A, Majed H, Pagalou-Thoua E, Tsintavis A, Koutsilieris M.** Epoetin beta (NeoRecormon) corrects anaemia in patients with hormone-refractory prostate cancer and bone metastases. Anticancer Res. 2004 May-Jun; 24(3b): 1957-61.

2. **Sobrero A, Puglisi F, Guglielmi A, et al.** Fatigue: a main component of anemia symptomatology. Semin Oncol 2001; 28:15.

3. **Murphy H, Alexander S, Stone P.** Investigation of diagnostic criteria for cancer-related fatigue syndrome in patients with advanced cancer: a feasibility study. Palliat Med 2006; 20:413.

4. **Ryan JL, Carroll JK, Ryan EP, et al.** Mechanisms of cancer-related fatigue. Oncologist 2007; 12 Suppl 1:22.

5. **Munch TN, Zhang T, Willey J, et al.** The association between anemia and fatigue in patients with advanced cancer receiving paliative care. J Palliat Med 2005; 8:1144.

6. **Pronzato P, Jassem J, Mayordomo J.** Epoetin beta therapy in patients with solid tumours. Crit Rev Oncol Hematol. 2006 Apr;58(1):46-52. Epub 2005 Oct 5.

7. **Monti M, Castellani L, Berlusconi A et al.** Use of red blood cell transfusions in terminally ill cancer patients admitted to a paliative care unit. *J Pain Symptom Manage*1996;12:18–22.

8. **Mercadante S, Ferrera P, Villari P, et al.** Effects of red blood cell transfusion on anemia-related symptoms in patients with cancer. J Palliat Med 2009; 12:60.

9. **Preston NJ, Hurlow A, Brine J, Bennett MI.** Blood transfusions for anaemia in patients with advanced cancer. Cochrane Database Syst Rev 2012; 2: CD009007.

10. **Crawford J, Cella D, Cleeland CS, et al.** Relationship between changes in hemoglobin level and quality of life during chemotherapy in anemic cancer patients receiving epoetin alfa therapy. Cancer 2002; 95:888.

11. **Osterborg A, Brandberg Y, Molostova V, et al.** Rândomized, double-blind, placebo-controlled trial of recombinant human erythropoietin, epoetin Beta, in hematologic malignancies. J Clin Oncol 2002; 20(10):2486-2494.

- ***Trombocitopenia***

Definiție

Trombocitopenia este definită ca un număr de trombocite < $100x10^9$ /L.

Riscul unei sângerări majore apare când numărul trombocitelor este < $10x10^9$/L, iar sângerări severe pot apărea când numărul trombocitelor este <$5x10^9$/L. Riscul de hemoragie intracraniană apare când numărul trombocitelor este < $1x10^9$/L (1).

Etiologie

Cauzele trombocitopeniei sunt: - producție scăzută de trombocite (post-chimioterapie, metastaze medulare, medicamente –

carbamazepina, diuretice tiazidice, consum crescut de alcool); - distrugere crescută a trombocitelor, de natură imună (transfuzii, septicemii, heparină); - sechestrarea trombocitelor la nivelul splinei (insuficiență cardiorespiratorie, afecțiuni hepatice) (1).

Evoluția clinică a multor neoplazii şi a unor afecțiuni primare şi a măduvii osoase se poate manifesta şi prin citopenii secundare insuficienței sau infiltrării medulare.

Leucemia acută şi cronică, sindromul mielodisplazic, anemia aplastică, cancerul mamar şi al prostatei, ca şi alte tumori solide şi hematologice pot prezenta în evoluția lor citopenii severe (2).

Management terapeutic

Se are în vedere corectarea cauzelor ce au produs trombocitopenia şi anume oprirea sau schimbarea schemelor de chimioterapie, întreruperea medicamentelor cauzale, antibioterapia (în cazurile de septicemie). În ceea ce priveşte trombocitopenia imună indusă de heparina în doze mari (terapeutice) se întrerupe heparina imediat dacă apare o scădere severă a numărului trombocitelor, iar dacă este indicată continuarea anticoagulării, se utilizează un heparinoid. Trombocitopenia imună indusă de heparina în doze mici (profilactice) apare mult mai rar – pentru a preveni acest risc se recomandă utilizarea de heparină cu greutate moleculară scăzută.

Transfuziile de masă trombocitară nu sunt indicate când numărul trombocitelor este $>10x10^9$/L şi când nu există sângerări. Dacă numărul trombocitelor este $<5x10^9$/L, transfuziile se efectuează doar ca o terapie de urgență.

Trombocitele transfuzate rămân viabile doar două zile, de aceea aceste transfuzii vor fi luate în considerare dacă apar sângerări spontane, sau dacă există motive rezonabile de prevenire a unor posibile sângerări.

Trombocitopenia severă determină alegeri dificile ale managementului atât pentru echipa de îngrijire cât şi pentru pacient şi familia să, mai ales la sfârşitul vieții.

Folosirea transfuziilor de masă trombocitară, la aceşti pacienți, prezintă aspecte complexe: - trombocitele sunt mult mai dificil de transfuzat decât hematiile datorită riscurilor şi anume episoade febrile acute, alloimunizări şi infecții (1,2,3,4).

Tratamentul medicamentos constă în:

♦ corticosteroizi: - dexametazonă 8-16 mg/zi;

♦ infuzii de imunoglobulină 1g/kg (în trombocitopenia autoimună)

Important!

Transfuziile de masă trombocitară la pacienții cu boli avansate amenințătoare de viață trebuie să țină cont de dorințele pacientului şi de prognosticul bolii, punând în balanță beneficiile şi riscurile.

Bibliografie

1. **Twycross R, Wilcock A** *Controlul simptomelor in cancerul avansat,* Ed. Lux Libris, 2007, p. 167-169
2. **Salacz, Michael E.; Lankiewicz, Michael W.; Weissman, David E**. Management of Thrombocytopenia in Bone Marrow Failure: A Review; Journal of Paliative Medicine; Feb2007, Vol. 10 Issue 1, p236-44.
3. **Lassauniere JM, Bertolino M, Hunault M et al**. Platelet transfusions in advanced hematological malignancies: a position paper. J Palliat Care 1996;12:38–41.
4. **Gleeson, C.** Blood transfusion and its benefits in paliative care. Palliat Med 1995; 9(4): 307-13.

- **Alte simptome:**

➢ ***Anorexia şi caşexia***

Definiție

Anorexia se descrie prin pierderea apetitului şi/sau aversiunea pentru mâncare. Este o pierdere a unei plăceri primordiale, aceea de a mânca şi afectează atât pacientul cât şi familia acestuia.

Caşexia se referă la pierderea masei corporale incluzând masa musculară scheletică şi țesutul adipos. Se caracterizează prin scădere ponderală marcantă, anorexie, lipsă de energie, senzație de oboseală.

Cele două simptome formează sindromul anorexie-caşexie.

Pacienții care prezintă acest sindrom, asociat adesea cu astenia, au o durată de supraviețuire scurtă şi un răspuns scăzut la tratament.

Etiologie

Anorexia apare datorită efectelor directe ale tumorii (obstrucție tumorală, produşi tumorali circulanți), ale tratamentului (greață, vărsături, mucozite, ulcerații), problemelor psihologice (anxietate şi depresie), precum şi altor cauze (sațietate precoce datorită stomacului mic chirurgical sau lichidului de ascită, constipație, diaree).

În caşexie apare un metabolism anormal al proteinelor, glucidelor şi lipidelor în care supraalimentația nu ameliorează acest sindrom. Un rol important îl au nevoile energetice ale creşterii tumorale precum şi implicarea citokinelor endogene şi anume factorul de necroză tumorală şi interleukinele 1 şi 6 (1,2,3).

Management terapeutic

Recomandările referitoare la nutriție vor fi: mese frecvente şi în cantități mici, pacienții nu vor fi expuşi aromelor din bucătărie, familiile trebuie să înțeleagă că pacienții trebuie să mănânce numai mâncărurile favorite, iar pacienților li se va cere să fie ”indulgenți” şi să manânce cantități mici din mâncărurile favorite, doar pentru plăcerea gustului (4,5).

Măsurile farmacologice au în vedere stimulenți ai apetitului:

♦ corticosteroizi: – dexametazonă 4-8 mg/zi;

♦ progestative: – megestrol 160-800 mg/zi, - medroxi-progesteron 40 mg/zi;

♦ ciproheptadina;

♦ acid eicosapentanoic (prezent în uleiul de peşte);

♦ alți agenți (în studiu): - canabinoizi, - pentoxifilin.

Nutriția enterală şi parenterală nu trebuie folosite de rutină, necesitând o abordare multidisciplinară cu discuții între membrii echipei de îngrijire şi membrii familiei.

Important!

Având în vedere că apar la sfârşitul vieții, anorexia şi caşexia ridică multe probleme pacienților şi familiilor lor. Apar întrebări legate de nutriția enterală şi parenterală sau de obligarea pacienților de a consuma calorii. Este necesar să se ofere explicații prin care aceştia să înțeleagă că mai multe calorii nu aduc un beneficiu clinic.

În privința hidratării parenterale decizia trebuie să țină seama de ceea ce este mai bine pentru fiecare pacient în parte, în urma unei evaluări corecte a fiecărei situații în parte (6).

Bibliografie

1. **Fearon K, Strasser F, Anker SD, et al:** Definition and classification of cancer cachexia: An international consensus. Lancet Oncol 12:489-495, 2011.

2. **Bozzetti F, Mariani L:** Defining and classifying cancer cachexia: A proposal by the SCRINIO Working Group. JPEN J Parenter Enteral Nutr 33:361–367, 2009

3. **Evans WJ, Morley JE, Argilés J, et al:** Cachexia: A new definition. Clin Nutr 27:793–799, 2008.

4. **Bruera E;** Clinical management of cachexia and anorexia. In: Doyle D, editor. Oxford Textbook of Paliative Medicine. Oxford: Oxford Medical; 1993. pp. 330–337.

5. **Halfdanarson TR, Thordardottir E, West CP, et al**: Does dietary counseling improve quality of life in cancer patients? A systematic review and meta-analysis. J Support Oncol 6:234–237, 2008.

6. **Donea O**, Hidratarea parenterală a pacientului cu cancer in perioada terminală: da sau nu? Revista Societatii de Medicina Interna Nr 3, martie 2008

- ***Fatigabilitatea / Astenia***

Definiție

Fatigabilitatea este definită ca o senzație subiectivă caracterizată prin sentimente de oboseală şi percepția scăderii capacității activității fizice sau mentale.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN) defineşte fatigabilitatea ca o senzație subiectivă stresantă şi persistentă de oboseală fizică, emoțională şi/sau cognitivă sau epuizare datorată cancerului sau tratamentului împotriva cancerului care nu este proporțională cu activitatea şi care interferă cu funcționarea obişnuită (1).

Astenia (reducerea vitalității) se caracterizează prin epuizare fără exercitarea unei activități fizice sau mentale.

Slăbiciunea se referă la pierderea forței musculare şi a puterii.

Cei trei termeni sunt utilizați adesea în acelaşi context, dar termenul ”fatigabilitate” a câştigat o acceptare universală în literatura medicală.

Incidența fatigabilității este de 80-90% la pacienții ce necesită îngrijiri paliative şi de 90% la pacienții terminali, fiind cel mai frecvent simptom în cancer (2).

Etiologie

Cei mai importanți factori ce contribuie la fatigabilitatea indusă de cancer sunt: terapia antineoplazică (chimioterapia, modificatorii răspunsului biologic, terapiile moleculare țintite, terapiile hormonale şi radioterapia), tulburări metabolice, nutriționale şi hormonale (anemia, nutriția deficitară, hipotiroidismul, menopauza şi deshidratarea), insuficiența cardiacă, fibroza pulmonară, miopatia, precum şi

alte cauze (durerea şi tratamentul său, stresul emoțional şi tulburările somnului) (3,4).

Unele elemente fiziopatologice ale asteniei sunt comune cu cele ale caşexiei (producerea de citokine care alterează metabolismul intermediar şi cauzează catabolism muscular) (5).

Management terapeutic

Măsurile nefarmacologice se referă la adaptarea activităților zilnice (activități uşoare), petrecerea a mai mult timp în pat, tehnici de relaxare.

Managementul asteniei începe cu corectarea cauzelor tratabile: - hipotiroidismul, depresia, durerea netratată, tulburările metabolice (hiponatriemia, hipokaliemia, hipomagneziemia, hipercalcemia), miopatia indusă de steroizi, infecțiile, deshidratarea, tulburările somnului, chimioterapia.

O atenție specială necesită tratamentul anemiei drept cauză a asteniei, pacienții răspunzând bine atât la transfuzii, cât şi la tratamentul cu eritropoetine, apărând creşterea energiei şi a statusului funcțional (6,7). Răspunsul hemoglobinei a fost asociat cu o îmbunătățire clinic impresionantă a fatigabilității, care a fost asociată la rândul ei cu îmbunătățirea stării de bine fizic, funcțional şi emoțional (6). Eritropoetinele produc ameliorări semnificative comparativ cu transfuziile de sânge, ameliorând calitatea vieții (7).

Intervențiile farmacologice constau în:

- ♦ corticosteroizi: - metilprednisolon 32 mg/zi;
- ♦ amfetamine: - metilphenidat;
- ♦ acetat de megestrol (la pacienții care au caşexie ce determină astenie).

Important!

Ghidurile terapeutice recomandă screeningul fatigabilității la vizita inițială, în momentul în care boala avansează şi la toate şedințele de chimioterapie (8).

În ceea ce priveşte astenia şi anemia, asociate cu cancerul şi cu tratamentul acestuia, tratamentul cu eritropoetine ameliorează semnificativ calitatea vieții (7).

Bibliografie

1. **Piper BF, Cella D.** Cancer-related fatigue: definitions and clinical subtypes. J Natl Compr Canc Netw 2010, 8:958

2. **Iliescu R,** Management of asthenia in paliative care patients. Clinical Lessons, Paliația, Vol 4, No 1, January 2011

3. **Valentine AD, Meyers CA.** Cognitive and mood disturbance as causes and symptoms of fatigue in cancer patients. Cancer 2001;92:1694–1698.

4. **Gupta D, Lis CG, Grutsch JF.** The relationship between cancer-related fatigue and patient satisfaction with quality of life in cancer. J Pain Symptom Manage 2007; 34:40.

5. **Neuenschwander H, Bruera E.** Pathophysiology of cancer asthenia. In: R. K. Portenoy and E. Bruera, eds. Topics in Paliative Care. 1998, Oxford University Press: New York, pp. 171-81.

6. **Cella D, Kallich J, McDermott A, Xu X.** The longitudinal relationship of hemoglobin, fatigue and quality of life in anemic cancer patients: results from five rândomized clinical trials. Ann Oncol. 2004 Jun;15(6):979-86.

7. **Boogaerts M, Coiffier B, Kainz C;** Epoetin beta QOL Working Group. Impact of epoetin beta on quality of life in patients with malignant disease. Br J Cancer. 2003 Apr 7;88(7):988-95.

8. **Dy SM, Lorenz KA, Naeim A, et al.** Evidence-based recommendations for cancer fatigue, anorexia, depression, and dyspnea. J Clin Oncol 2008; 26:3886.

- ***Febra şi Transpirațiile***

Definiție

Febra se defineşte ca o creştere a temperaturii corpului peste 38,5 °C în asociere cu modificarea centrului termoreglării din hipotalamus.

Transpirația este reprezentată de excreția de sudoare, lichid apos, secretate de glandele sudoripare şi eliminate la nivelul pielii (1).

Etiologie

Factorii etiologici implicați în apariția febrei sunt: infecțiile, febra paraneoplazică (în limfoame, leucemii, cancer renal, hepatic, pulmonar, pancreatic, sarcoame), medicamentele (antibiotice, barbiturice) (2,3).

Cele mai frecvente cauze de transpirație sunt exercițiile fizice, emoțiile, febra, medicamentele (etanol, antidepresive triciclice, morfina). La unii pacienți transpirația este un fenomen paraneoplazic. Deasemenea poate apărea la femei, la menopauză şi la bărbați, după castrare chimică sau chirurgicală.

Management terapeutic

Febra:

Beneficiile şi riscurile opțiunilor terapeutice trebuie puse în balanță în contextul tabloului clinic general, ținând cont şi dacă febra este un eveniment supărător pentru un pacient muribund.

Măsurile nefarmacologice includ pungi cu gheață, pături reci.

Intervențiile farmacologice constau în:

♦ antipiretice: - acetaminofen 1g/6 ore po,pr,iv; - AINS po,pr,sc.

♦ antibiotice (utilitatea lor este discutabilă, pot ameliora sau nu simptomele; sunt utile în infecții confirmate, ca tratament etiologic) (4,5).

♦ glucocorticoizi.

Transpirațiile:

Măsurile nefarmacologice impun haine de bumbac, ventilator.

Intervențiile farmacologice constau în:

♦ antipiretice: - paracetamol 500-1000 mg x 4/zi, - AINS;

♦ alternative terapeutice la medicamentele ce produc transpirații (mirtazapină în loc de antidepresive triciclice, alt opioid puternic ăn loc de morfină);

♦ tratamente hormonale (în cazul deficienței hormonale);

Important!

Febra este o reacție fiziologică complexă la boală, activând numeroase sisteme endocrinologice şi imune, înțelegerea mecanismelor din spatele acestui fenomen contribuie la o abordare rațională a intervențiilor terapeutice (6).

Bibliografie

1. **Zhukovsky DS.** Fever and sweats in the patient with advanced cancer. Hematol Oncol Clin North Am. 2002 Jun;16(3):579-88.

2. **Dinarello CA, Porat R.** Chapter 16. Fever and Hyperthermia. In: Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J, eds. Harrison's Principles of Internal Medicine. 18th ed. New York: McGraw-Hill; 2012.

3. **Zell JA, Chang JC.** Neoplastic fever: a neglected paraneoplastic syndrome. Support Care Cancer.2005;13(11):870-7.

4. **Oh DY, Kim JH, et al.** Antibiotic use during the last days of life in cancer patients. Eur J Cancer Care. 2006; 15:74-79.

5. **Nakagawa S, Yoshie T, et al.** Can anti-infective drugs improve the infection-related symptoms of patients with cancer during the terminal stages of their lives? J Palliat Med. 2010; 13:535-540.

6. **Dalal S, Zhukovsky DS,** Pathophysiology and management of fever. J Support Oncol. 2006 Jan;4(1):9-16.

V. URGENȚE ÎN ÎNGRIJIREA PALIATIVĂ

Gabriela Rahnea Niță

➢ Hemoragiile masive

Definiție

Hemoragiile masive se caracterizează prin pierderea rapidă a unei cantități de sânge ce depăşeşte 10% din volumul circulant.

Etiologie

Hemoragiile masive se produc prin sângerare la nivelul masei tumorale sau prin trombocitopenie secundară insuficienței medulare. Hemoragiile masive apar în general la pacienții neoplazici cu un statut biologic modificat, cu resurse fiziologice scăzute. Capacitatea normală de a compensa pierderea acută de sânge la pacientul aflat în îngrijiri paliative este redusă şi modificată de febră, durere precum şi de anemia preexistentă, care pot agrava simptomologia sindromului de hemoragie acută (1).

Hemoragiile pot fi de la intermitente până la persistente, de la reduse cantitativ până la importante cantitativ (catastrofice).

Hemoragiile masive în cadrul îngrijirilor paliative, se întâlnesc la 20% din pacienții cu afecțiuni maligne reprezentând 5% din cauzele de deces.

Hemoragiile masive apar în: tumori maligne primare (cancerul mamar, endometrial, de col uterin, pulmonar, gastric, esofagian, hepatic, vulvar, rectal, tumorile capului şi gâtului) sau secundare (metastaze pulmonare, hepatice sau medulare), în coagularea intravasculară diseminată (CID), în insuficiența hepatică şi în trombocitopenia idiopatică. Hemoragiile pot apărea şi datorită tratamentelor medicamentoase (anticoagulante, chimioterapice, corticosteroizi, substanțe antiangi-ogenice, AINS), radioterapiei sau intervenției chirurgicale .

Hemoragiile se manifestă prin echimoze, peteşii, epistaxis, hemoptizie (2), hematemeză/melenă, hemoperitoneu, rectoragii, hematurie (3), hemoragiile pe cale vaginală, hemoragii prin eroziune de arteră.

Semnele şi simptomele depind atât de locul, cât şi de gradul sângerării. Acestea sunt semnele şi simptomele specifice anemiei, anxietății până la semnele hemoragiei severe (pacientul devine brusc obosit şi slăbit, tegumentele devin palide şi reci, pacientul prezintă irascibilitate, panică, tahicardie, pierderea cunoştinței), semnele şocului hemoragic şi moartea rapidă produsă de hemoragiile masive prin eroziunea de artere principale (1).

Management terapeutic

Măsurile generale ce trebuie luate constau în: corectarea dezechilibrelor ce pot fi îndreptate, reevaluarea tratamentului medicamentos.

Managementul hemoragiei depinde de prognosticul pacientului şi implică identificarea şi optimizarea factorilor de risc, asigurarea şi reasigurarea pacientului (pacientul să nu fie lăsat singur, să fie într-un mediu confortabil, calm, cu prosoape închise la culoare la dispozitie, medicație anxiolitică). După eveniment este necesară oferirea suportului practic şi psihologic celor ce s-au implicat, respectiv familiei şi echipei de îngrijire (4).

În cazul în care anticipăm posibilitatea de hemoragie masivă, familia şi îngrijitorii pacientului vor fi instruiți să nu intre în panică, să vorbească încet, să aplice presiune locală la locul hemoragiei, dacă aceasta este externă, să poziționeze pacientul în decubit lateral, dacă este vorba de hematemeză sau hemoptizie, să încălzească pacientul cu pături suplimentare, să mențină administrarea regulată a analgezicelor şi anxioliticelor (5).

Tratamentul hemoragiilor masive urmăreşte oprirea hemoragiei, tratamentul şocului, restabilirea aportului de oxigen la țesuturi (6).

Măsurile de urgență ce se iau în starea de colaps sunt: poziționarea bolnavului în decubit dorsal, ridicarea la 30-40˚ a membrelor pelvine, realizarea prin mijloace posibile a hemostazei, montarea unei linii venoase şi perfuzarea rapidă a pacientului.

Se administrează adrenalină, 1 mg în diluție 1/10 cu ser fiziologic, injectându-se fracționat, urmat de instalarea unei perfuzii cu 1-2 mg în 200-500 ml glucoză 5% până la stabilirea hemo-dinamicii; atropină; dopamină + etilefrină; angiotensină; vasopresină (1).

Hemostaza se realizează prin metode locale, medicamentoase sau chirurgicale.

Metodele locale constau în aplicarea de presiune locală, de bureți de gelatină, sau, în varicele esofagiene rupte se poate aplica sonda Sengstaken - Blackmore.

Radioterapia este indicată pentru controlul sângerărilor din cancerele pulmonar, vaginal, rectal şi al vezicii urinare.

Tratamentul medicamentos constă în:

♦ hemostatice injectabile: etamsilat, vitamina K, adrenostazin (în sângerări la nivelul vaselor mici, insuficiență hepatică, supradozaj de anticoagulante);

♦ transfuzii de masă trombocitară sau sânge integral proaspăt (în trombopatii, trombocitopenii, coagulopatii, vasopatii);

♦ fibrinogen uman (în deficiențe de fibrinogen);

♦ acid aminocaproic 4-5 g în perfuzie în prima oră, apoi, apoi 1 g pe oră, timp de 8 ore în perfuzie şi acid tranexamic 10 mg/kg 3-4 ori pe zi în perfuzie timp de o oră (în fibrinoliză);

♦ perfuzii cu masă eritrocitară (în anemie);

♦ plasmă proaspătă congelată (în insuficiența hepatică, coagularea intravasculară diseminată);

♦ octreotid 50-100 micrograme de 3 ori pe zi, până la 600 micrograme pe zi (în sângerările gastrointestinale) (4).

Metodele chirurgicale de hemostază se iau în considerare când pacientul prezintă resurse fiziologice, raportul risc/beneficiu justifică intervenția, iar metodele locale şi medicale sunt ineficiente (1).

Important!

Pacienții cu risc de a dezvolta hemoragii masive trebuie să fie identificați, iar familiile şi îngrijitorii lor trebuie să fie pregatiți.

Deciziile de la sfârşitul vieții se iau având în vedere creşterea comfortului şi a calității vieții.

În cazul hemoragiilor severe, terminale, se folosesc midazolam 2,5-5 mg iv sau sc, se poate repeta la 10-15 minute şi opioide.

Bibliografie

1. **Moisă C, Olaru S.** Hemoragiile masive; în Compendiu de Îngrijiri Paliative la Domiciliu, sub redacția Olăroiu M, ed. Viața Medicală Românească, Bucureşti, 2004; pag 159-163

2. **Eddy JB**; Clinical assessment and management of masive hemoptysis; Critical Care Medicine, 2000 May, vol 28, issue 5: 1642-47.

3. **Ghahestani SM, Shakhssalim N**, Paliative Treatment of Intractable Hematuria in Context of Advanced Bladder Cancer: A Systematic Review, Urol J. 2009; 6: (3): 149-56

4. **Pereira J, Phan T;** *Management of Bleeding in Patients with Advanced Cancer;* The Oncologist; September 2004, vol 9, no. 5; 561-570

5. **DG Harris, IG Finlay, S Flowers, and SIR Noble**, The use of crisis medication in the management of terminal haemorrhage due to incurable cancer: A qualitative study; Palliat Med October 2011; 25: 691-700.

6. **Jamjian MC**. Bleeding problems in paliative care patients. Evidence based symptom control in paliative care. In: Lipman AG, Jackson KC, Tyler LS, eds. Systemic Reviews and Validated Clinical Practice Guidelines for 15 Common Problems in Patients with Life Limiting Disease. Binghamton, NY: The Haworth Press Inc., 2000: 37–46.

- **Sindromul de compresiune mediastinală**

Definiție:

Sindromul compresiunii mediastinale se defineşte prin obstrucția circulației sanguine la nivelul venei cave superioare rezultând semnele şi simptomele acestui sindrom.

Etiologie

Apare atât prin invazie cât şi prin compresie externă a venei cave superioare.

Factorii etiologici implicați în apariția acestui sindrom sunt tumori maligne pulmonare, limfoame maligne, timoame, tumori tiroidiene, tumori mediastinale primare, tumori cu celule germinale, mezotelioame, adenopatii metastatice (mediastinale şi supraclaviculare, în cancerul mamar, bronhopulmonar şi renal), tumori benigne, anevrism aortic, hipertrofie tiroidiană, tromboze, fibroze vasculare postradioterapie (1,2).

Semnele şi simptomele acestui sindrom sunt reprezentate de: edem facial, al gâtului, al brațelor şi al toracelui, facies pletoric, dispnee, tuse şi stridor.

Obiectiv, apare dilatarea venelor de la baza gâtului, circulație venoasă colaterală care acoperă peretele toracic anterior, cianoză. Cazurile mai grave prezintă exoftalmie, cefalee, edem laringian şi glotic, confuzie şi obnubilare (3).

Cel mai frecvent, simptomele se instalează şi sunt progresive de-a lungul a câtorva săptămâni putându-se ameliora odată cu instalarea circulației venoase colaterale.

Management terapeutic

Tratamentul este în funcție de afecțiunea malignă ce a determinat acest sindrom şi de severitatea simptomelor.

Tratamentul afecțiunii de bază include chimioterapia (cancer pulmonar microcelular, limfom, tumoră cu celule germinale) şi radioterapia (neoplasm pulmonar fără celule mici) (4).

Masurile generale ce se impun sunt oxigenoterapia, dieta hiposodată.

Se mai poate monta un stent endovascular (5) sau se poate interveni chirurgical (în timoame care sunt rezistente la chimioterapie şi radioterapie) .

Tratamentul medicamentos:

- dexametazona 8 mg i.v. la fiecare 12 ore;
- furosemid 40-80 mg i.v./zi;
- AINS;
- agenți trombolitici (streptokinază, urokinază) şi anticoagulante (heparină, anticoagulante orale) – în tromboza datorată unui cateter venos central;
- aspirină – după montarea de stent ;
- midazolam – 5 mg iv sau sc la pacienții terminali.

Important!

Alegerea terapiei depinde de răspunsul la fiecare modalitate terapeutică.

Ameliorarea simptomelor apare la o săptămână de la începerea terapiei.

Bibliografie

1. **Wilson LD, Detterbeck FC**, Superior Vena Cava Syndrome with Malignant Causes, N Engl J Med 2007; 356: 1862-9
2. **Rice TW**. Pleural effusions in superior vena cava syndrome: prevalence, characteristics, and proposed pathophysiology. *Curr Opin Pulm Med*. Jul 2007; 13(4): 324-7.
3. **Moisă C,** Sindromul de venă cavă superioară în Compendiu de Îngrijiri Paliative la Domiciliu, sub redacția Olăroiu M, ed. Viața Medicală Românească, Bucureşti, 2004; pag 175-177.
4. **Rowell NP, Gleeson FV**. Steroids, radiotherapy, chemotherapy and stents for superior vena caval obstruction in carcinoma of the bronchus: a systematic review. Clin Oncol (R Coll Radiol) 2002; 14: 338-51.

5. **Watkinson AF, Yeow TN, Fraser C**. Endovascular stenting to treat obstruction of the superior vena cava. *BMJ*. Jun 21 2008; 336(7658): 1434-7.

- **Sindromul de compresiune medulară**

Definiție:

Sindromul de compresiune medulară este definit prin compresia sacului dural şi a componentelor sale, la nivelul măduvei spinării sau a cauda equina (rădăcinile nervilor lombosacrați) la diferite niveluri, prin extensia directă a unei tumori maligne sau prin metastaze osoase.

Etiologie

Cancerul bronhopulmonar, mamar, şi al prostatei sunt cele mai frecvente cauze ale sindromului de compresiune medulară, dar acest sindrom poate apărea şi în alte localizări (cancer renal, cancer tiroidian, mielon multiplu, sarcom, limfom, metastaze osoase cu punct de plecare neprecizat).

Simptomele neurologice ce apar în acest sindrom sunt: durerea radiculară, slăbiciunea membrelor, dificultăți la mers, pierderea sensibilității sau disfuncții ale vezicii urinare, colonului sau sexuale.

Management terapeutic

Pacienții diagnosticați cu metastaze osoase sau pacienții cu cancer ce prezintă dureri la nivelul coloanei vertebrale, la orice nivel al acesteia, trebuie să fie informați asupra simptomelor acestui sindrom, la fel şi familiile acestora. Recunoaşterea sindromului de compresie medulară se poate face după săptămâni sau chiar luni de la apariția durerii la nivelul coloanei vertebrale. Următorul simptom care apare, dacă nu se inițiază niciun tratament, este slăbiciunea extremităților (adesea asimetrică în sindromul cauda equina) însoțită, sau uneori precedată de pierderea sensibilității la acest nivel (1,2).

Este esențial ca tratamentul să fie început în 24 ore de la confirmarea diagnosticului. Intervenția neurochirurgicală constă în laminectomie decompresivă posterioară, rezecția corpului vertebral cu stabilizarea spinală anterioară. Această intervenție trebuie să maximizeze posibibilitatea conservării funcției măduvei spinării fără riscuri nedorite; totodată se ține cont de prognosticul şi preferințele pacientului.

Radioterapia se va efectua în şedinţe zilnice; poate fi tratament unic sau se poate face după intervenţia neurochirurgicală.

Tratamentul trebuie să ţină cont şi de statusul neurologic şi funcţional precum şi de tratamentele anterioare efectuate (3).

Intervenţiile farmacologice au în vedere:

♦ tratamentul durerii, ce se efectuează cu AINS, non-opioide, opioide şi coanalgezice;

♦ corticosteroizi – dexametazonă 16 mg/zi înainte de intervenţia chirurgicală sau radioterapie, după care, doza se reduce treptat timp de o săptămână, după care se opreşte. Doza de dexametazonă 16 mg/zi se administrează şi la pacienţii care nu vor face intervenţie chirurgicală sau radioterapie şi apoi se reduce treptat (4,5).

Important !

Localizarea durerii nu se corelează mereu cu nivelul compresiunii medulare.

Fără tratament, paralizia completă şi ireversibilă apare în câteva ore până la câteva zile, în timp ce tratamentul instituit precoce previne sau face ca această problemă catastrofică să devină reversibilă.

Bibliografie

1. **Rahnea Niţă G,** Sindromul de compresiune medulară în Elemente de Îngrijiri Paliative oncologice şi non-oncologice; Ed. Universitară, Bucureşti, 2006, p. 100
2. **Rahnea Niţă G,** Sindromul de compresiune medulară în Compendiu de Îngrijiri Paliative la Domiciliu, sub redacţia Olăroiu M, ed. Viaţa Medicală Românească, Bucureşti, 2004; pag 174-175
3. NICE clinical guideline 75 – Metastatic spinal cord compression (2008) http://www.nice.org.uk/CG75FullGuideline
4. **Fuller BG, Heiss J & Oldfield EH**. Spinal cord compression. In V.T. DeVita S, Hellman, & S.A. Rosenberg (Eds) Cancer: Principles & Practice of Oncology 1997, Philadelphia: J.B.Lippincott, 5th ed., pp. 2476-2485.
5. **Wenstein S.M.** Management of spinal cord compression and cauda equina compression. In A.M. Berger, R.K. Portenoy, & D.E. Weissman (Eds), Principles & practice of palliative care & supportive oncology (2002), Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2nd. Ed., pp. 532-543.

- **Hipercalcemia.**

Definiție:

Hipercalcemia este o tulburare metabolică amenințătoare de viață, ce rezultă din insuficiența excreției renale a calciului.

Etiologie

Hipercalcemia apare în cancerul mamar, mielomul multiplu, cancerul pulmonar, tiroidian, cancerul sferei ORL, esofagian, renal, uterin, ovarian, limfoamele maligne, hiperparatiroidismul primar şi la pacienții cu metastaze osoase.

Simptomele caracteristice sunt cele gastrointestinale (constipație, anorexie, greață, vărsături, dureri abdominale), disfuncții renale (insuficiență renală cronică, nefrolitiază, diabet nefrogenic insipid), neuropsihice (anxietate, depresie, disfuncții cognitive), cardiovasculare (aritmii supra-ventriculare şi ventriculare), deshidratare (1).

Management terapeutic

Hipercalcemia se tratează astfel:

♦ hidratare orală şi/sau parenterală (3 litri lichid/zi) cu înlocuirea pierderilor de sodiu, potasiu, clor şi magneziu;

♦ reducerea aportului alimentar de calciu şi vitamina D;

♦ mobilizarea pacientului;

♦ corticosteroizi - dexametazonă 8 mg/zi;

♦ bifosfonați - acidul zoledronic 4 mg i.v., acidul pamidronic 60 mg în pev 500 ml NaCl timp de 60 minute sau 90 mg în pev 500 ml NaCl, timp de 90 minute, acidul ibandronic 6 mg i.v., tratamente ce se efectuează la 28 zile, şi acidul clodronicum p.o câte 800 mg de două ori pe zi (2,3,4,5);

♦ pentru a reduce riscul toxicității renale induse de tratamentul cu biofosfați se întrerupe medicația ce afectează funcția renală (AINS, diuretice, inhibitori ACE);

♦ calcitonina 100 ui/24 ore im sau sc;

♦ mitramicină;

♦ dializă peritoneală sau hemodializă.

Important!

Severitatea simptomelor depinde de nivelul calcemiei şi de rata creşterii acestui nivel.

Tratamentul se adresează scăderii concentrației calciului, tratării bolii ce a determinat apariția hipercalcemiei, dacă este posibil, cât şi tratării complicațiilor existente (6,7).

Bibliografie

1. **Rahnea Niță G,** Hipercalcemia în elemente de îngrijiri paliative oncologice şi non-oncologice; Ed. Universitară, Bucureşti, 2006, p. 101
2. **Major P, Lortholary A, Hon J, et al**, 2001 Zoledronic acid is superior to pamidronate in the treatment of hypercalcemia of malignancy: a pooled analysis of two randomized, controlled clinical trials. J Clin Oncol 19: 558-567
3. **Shah S, Hardy J, Rees E, Ling J, Gwilliam B, Davis C, Broadley K, A'Hern R.** . Is there a dose response relationship for clodronate in the treatment of tumour induced hypercalcaemia? Br J Cancer. 2002 apr 22; 86 (8) : 1235-7.
4. **LeGrand SB, Leskuski D, Zama I.** Narrative review: furosemide for hypercalcemia: an unproven yet common practice. Ann Intern Med 2008; 149:259.
5. **Cvitkovic F, Armand JP, Tubiana-Hulin M, et al.** Randomized, double-blind, phase II trial of gallium nitrate compared with pamidronate for acute control of cancer-related hypercalcemia. Cancer J 2006; 12:47
6. **Makras P, Papapoulos SE.** Medical treatment of hyper-calcaemia. Hormones (Athens). Apr-Jun 2009; 8(2): 83-95.
7. **Rahnea Niță Gabriela**, Hiepercalcemia; Revista Paliatia, Vol 6, nr. 2, apr. 2013

- ***Ocluzia intestinală***

Definiție

Ocluzia intestinală se defineşte prin existența unei obstrucții mecanice a lumenului intestinal, parțială sau completă şi/sau a unei insuficiențe peristaltice, datorate unor cauze intrinseci sau extrinseci.

Etiologie:

Cel mai frecvent, ocluzia intestinală apare ca o complicație a cancerului ovarian sau al colonului. Mai poate apărea şi în cancerul gastric, pancreatic, al colului uterin, endometrial, al vezicii urinare, în mezoteliomul peritoneal şi în melanomul malign.

Incidența obstrucției intestinale ca o complicație tardivă a cancerului colorectal este de 10%.

Semnele clinice ale ocluziei intestinale includ: constipație, greață intermitentă ameliorată de vomă, agravarea senzației de greață şi/sau voma fecaloidă, dureri abdominale continue sau colicative, distensie abdominală (ce poate fi absentă în obstucția gastroduodenală sau în carcinomatoza peritoneală).

Management terapeutic:

Fiecare pacient trebuie să fie evaluat în funcție de preferințele sale, de condiția sa clinică şi de balanța beneficii/riscuri (1).

Este necesar să fie excluse fecaloamele prin tuşeu rectal şi radiografie abdominală simplă, acestea putând complica sau mima ocluzia intestinală.

Unii pacienți cu ocluzie intestinală localizată pot beneficia de intervenție chirurgicală. Ne referim la pacienții cu status de performanță şi nutrițional bun, independenți, activi, la pacienții ce prezintă cauze reversibile de ocluzie intestinală, la pacienții care îşi doresc sau care solicită intervenția, sau, dacă există elemente discutabile.

Intervenția chirurgicală are atât contraindicații absolute (cancer difuz intraabdominal, constatat la o intervenție chirurgicală anterioară sau prin investigații imagistice, mase difuze palpabile intraabdominale, ascita masivă, cu refacere rapidă după paracenteză, obstucție intestinală înaltă, ce implică stomacul proximal), cât şi relative (boala extensivă metastatică asimptomatică, extraabdominală, pacienți vârstnici sau fragili, cu status de performanță sau nutrițional scăzut, radioterapie anterioară la nivelul abdomenului sau pelvisului, obstrucția intestinului subțire cu localizări multiple).

Măsurile generale care trebuie luate sunt: îngrijirea cavității bucale, dieta saracă în fibre, cantități mici de alimente sau lichide. La pacienții deshidratați este necesară rehidratarea intravenoasă, dar nu mai mult de 1 -1,5 litri lichid pe zi (acest volum va reduce senzația de greață, în timp ce un volum mai mare, va creşte secrețiile intestinale şi va agrava voma).

Tratamentul intervențional poate fi aplicat şi constă în stenturi, sondă nazogastrică (pentru controlul inițial al vomei, se evită folosirea pe termen lung), gastrostoma de alimentație (la pacienții cu obstrucție jejunala sau gastroduodenala cu voma persistentă) (2).

Tratamentul medicamentos:

♦ octreotid, este cel mai important medicament, reduce semnificativ secrețiile intestinale, doza este de 100 mcg de două ori

pe zi, până la 200 mcg de trei ori pe zi, inj, iv sau sc ; ameliorează semnificativ greața şi voma (2,3);

- ♦ metoclopramid, 10 mg de trei ori pe zi;
- ♦ ondansetron, granisetron;
- ♦ hyoscine butylbromide, 60-120 mg/24 ore, inj, sc, pentru durerea colicativa (3);
- ♦ haloperidol, 2mg/24 ore, inj, sc;
- ♦ levomepromazin, 5-25 mg/24 ore, inj, sc;
- ♦ dexametazonă, 8-16 mg/zi (4);
- ♦ fentanyl patch;
- ♦ morfina;
- ♦ laxative: docusate sodium (5).

Important!:

Cei mai multi pacienți ce prezintă ocluzie intestinală vor fi tratați conservator, cu atenție deosebită pe controlul durerii şi pe minimizarea vomei.

Teama că alimentația va precipita ocluzia intestinală sau teama datorata lipsei nutriției şi a deteriorării fac din ocluzia intestinală un simptom dificil, atât pentru pacient şi familia să cât şi pentru echipa de îngrijire, fiind necesară o bună comunicare între toți cei implicați.

Bibliografie

1. **Ripamonti, C. et al.** Clinical-practice recommendations for the management of bowel obstruction in patients with end-stage cancer. Support Care Cancer 2001; 9(4): 223-33.
2. **Ripamonti, C. et al.** Role of octreotide, scopolamine butylbromide**,** and hydration in symptom control of patients with inoperable bowel obstruction and nasogastric tubes: A prospective rândomized trial. J Pain Symptom Manage 2000; 19(1): 23-289.
3. **Mercadante, S**. et al. Comparison of octreotide and hyoscine butylbromide in controlling gastrointestinal symptoms due to malignant inoperable bowel obstruction. Support Care Cancer 2000; 8(3): 188-91.
4. **Hardy, J. et al.** Pitfalls in placebo-controlled trials in paliative care: Dexamethasone for the palliation of malignant bowel obstruction. Palliat Med 1998; 9: 67-8.
5. **Olăroiu M,** Ocluzia Intestinală în Compendiu de Îngrijiri Paliative la Domiciliu, sub redacția Olăroiu M, ed. Viața Medicală Românească, Bucureşti, 2004; pag 169-170.

VI. ROLUL KINETOTERAPIEI ÎN ÎNGRIJIREA PALIATIVĂ

Roxana Andreea Rahnea Niță

Kinetoterapia este domeniul care se ocupă cu refacerea unor funcții deteriorate ale organismului sau cu îmbunătățirea nivelului funcțional în diverse patologii, şi este realizată cu ajutorul unor diverse metode de recuperare medicală, prin intermediul unor exerciții fizice eficiente. Prin urmare, ea poate fi definită ca ştiința care se ocupă cu cercetarea organismelor vii şi a structurilor care participă la realizarea mişcărilor lor.

Programele terapeutice de recuperare medicală necesită individualizare, de aceea au fost împărțite în 3 subclase: gimnastică medicală profilactică (de prevenire), curativă şi de recuperare.

Pentru a trata cât mai corect şi eficient o anumite patologie, este foarte important să existe o colaborare între medicul terapeut şi kinetoterapeut. Această gimnastică medicală poate fi utilă şi foarte benefică în numeroase afecțiuni, cum ar fi: afecțiuni ortopedice (patologie de coloana vertebrală - cifoze, lordoze, scolioze, patologii ale membrelor - entorse, luxații, fracturi etc.), afecțiuni reumatologice (poliartrita reumatoidă, hernie de disc, lombosciatica, coxartroza, gonartroza), afecțiuni neurologice (diverse deficite neurologice: pareze, paralizii, tetraplegie), afecțiuni cardio-vasculare, ale aparatului respirator (reducerea tusei, îmbunătățirea respirației), afecțiuni metabolice (obezitate).

De asemenea, este foarte important rolul kinetoterapiei şi în patologia neoplazică, chiar şi în stadii avansate de boală, unde pacienții se confruntă cu reacții secundare ale diverselor aparate şi sisteme menționate anterior.

Kinetoterapia în medicina paliativă se axează pe principiul de a oferi pacientului cel mai înalt nivel de activitate fizică care poate fi obținut pe parcursul evoluției bolii. Ea îşi aduce contribuția la îndeplinirea unuia dintre principalele obiective pe care echipa de îngrijiri le vizează: acela de a îmbunătăți calitatea vieții pacienților cu boală incurabilă (1).

Un plan de recuperare medicală bine realizat trebuie să înceapă cu evaluarea inițială a pacientului, stadiul fizic în care acesta se află şi apoi, în funcție de posibilitățile de progres, să se stabilească metoda de tratament şi obiectivul ce trebuie obținut.

Există numeroase programe de gimnastică medicală. Acestea sunt adoptate în funcție de necesitățile, de disfuncțiile pacientului cu boală incurabilă. În continuare, vom expune câteva dintre cele mai eficiente metode.

1. Mersul/plimbarea - pentru pacienții care nu sunt imobilizați, reprezintă una dintre cele mai eficiente metode. Poate aduce numeroase beneficii, respectiv: creşterea mobilității, relaxarea musculaturii încordate, ajută la îmbunătățirea digestiei, favorizează creşterea motilității intestinale, contribuind astfel la prevenirea constipației. De asemenea, poate ajuta pacientul şi din punct de vedere psihologic, determinându-i creşterea încrederii în sine, dându-i sentimentul că poate face ceva singur, fără nevoie de ajutor.

2. Exerciții la nivelul patului: utilizate pentru pacienții imobilizați sau ca şi metode complementare pentru cei ambulatori. Acestea pot fi de la exerciții simple, precum gimnastica respiratorie, mişcări fine ale membrelor până la complexe, în care bolnavul realizează serii precise, la intervale regulate de timp. În cazul acestora se pot adăuga şi greutăți suplimentare propriei greutăți, respectiv ținerea unor diverse obiecte în membrele superioare sau ataşarea altora de membrele inferioare. Un exemplu de program ar fi: pacientul se află în decubit dorsal, cu două sticle mici realizând 10 mişcări de flexie-extensie a brațelor. Se repetă exercițiul de 3 ori, cu pauză 2 minute. La fel se realizează şi la nivelul membrelor inferioare, unde se ataşează un „săculeț” special. Această metodă este folosită pentru îmbunătățirea forței şi a tonusului muscular, pentru prevenirea contracturilor musculare, înlăturarea disconfortului produs de lipsa mişcărilor în cazul pacienților imobilizați (2).

3. Gimnastica medicală în apă, de asemenea, este extrem de benefică pentru pacient. Ea ajută atât la nivelul aparatelor respirator şi cardio-vascular, cât şi la nivelul sistemului oste-articular. Ajută la îmbunătățirea respirației, creşterea tonusului muscular, creşterea mobilității articulare. Ea poate avea şi un efect psihologic pozitiv asupra pacientului, acesta devenind foarte determinat, şi cu o forță suplimentară de luptă împotriva bolii pe care o are.

4. Exerciții pentru respirație: pentru pacienți cu patologie pulmonară în special, există metode de îmbunătățire a respirației prin diverse tehnici de relaxare, de poziție a buzelor, de postură, metode de a tuşi „mai eficient” care pot ajuta la creşterea eliminării secrețiilor sau la ameliorarea durerii la pacienții neoplazici cu determinări secundare osoase (3).

Kinetoterapia poate avea un rol ajutător şi în ceea ce priveşte tratamentul durerii pacienților aflați în stadii avansate de boală, controlul acesteia reprezentând un alt principiu de bază în medicina paliativă. Există diverse tehnici utilizate pentru ameliorarea şi îmbunătățirea stării pacientului. Dintre acestea, cel mai des utilizate sunt:

1. Stimularea electrică transcutanată - care are ca şi principiu aplicarea locală a unor stimuli electrici la nivelul punctului dureros care determină depolarizarea membranară sau inhibiția transmiterii nervoase la nivelul respectiv. Ea are ca efect scăderea intensității durerii sau chiar dispariția acesteia.
2. Acupunctura, care reprezintă tot o stimulare electrică, dar convențională. Timpul de stimulare poate fi controlat manual, astfel încât, poate fi prevenită o adaptare nervoasă la intensitatea respectivă prin întrerupere, sau nivelul poate fi crescut în timpul stimulării în cazul în care aceasta nu este eficientă.

Contraindicațiile absolute ale stimulării electrice sunt: pacienți cu pacemaker, aritmii cardiace, în patologii arteriale, tromboflebite sau pe durata sarcinii. Contraindicațiile relative fiind la pacienți cu patologie cardiacă,boli locale de piele, răni deschise la nivelul respectiv, unele tumori maligne, stare mentală precară.

Acest capitol, alocat rolului kinetoterapiei în îngrijirile paliative, demonstrează rolul deosebit pe care gimnastica medicală îl poate avea în cadrul tratamentului pacientului cu boală incurabilă. Ea poate creşte calitatea vieții, atât din punct de vedere fizic (îmbunătățirea tonusului şi a forței musculare), cât şi psihic (creşterea încrederii în sine), poate ameliora durerea (prin diversele metode de stimulare nervoasă), crescând astfel calitatea vieții în timpul evoluției bolii (4).

Important!

Prin urmare, pentru a avea un rezultat optim, tratarea unui pacient cu boală incurabilă necesită o echipă completă de îngrijiri, care poate fi comparată cu un puzzle. Fiecare cadru, începând cu medicul terapeut, asistent medical, psiholog, kinetoterapeut, preot şi terminând cu familia bolnavului trebuie să-şi aducă contribuția în mod egal, astfel încât pacientul să resimtă cât mai puțin posibil că este „pacient”.

Bibliografie

1. **Puetz TW, O'Connor PJ, Dishman RK.** Effects of chronic exercise on feelings of energy and fatigue: A quantitative synthesis. Psychol Bull 2006; 132: 866-76.

2. **Puthusseril V.** Special foot massage as a complimentary therapy in paliative care. Indian J Palliat Care 2006;12:71-7.

3. **Lanken PN, Terry PB, DeLisser HM, Fahy BF, Hansen-Flaschen J, Heffner JE, *et al*.** An official American Thoracic Society policy statement: Paliative care for patients with respiratory diseases and critical illnesses. Am J Respir Crit Care Med 2008;177:91227.

4. **Kumar S P , Jim A .** Physical therapy in paliative care: From symptom control to quality of life: A critical review. (2010) Volume : 16, Issue : 3, p: 138-146.

VII. COMUNICAREA CU PACIENTUL

Roxana Andreea Rahnea Niță, Gabriela Rahnea Niță

Comunicarea este un ansamblu de acțiuni ce au în comun transmiterea de informații sub formă de mesaje, ştiri, semne sau gesturi simbolice, texte scrise ş.a. între două persoane, numite interlocutori. Termenul de «**comunicare**» este legat de existența noastră ca oameni, mai apoi ca societate, ființele umane şi comunicarea fiind interdependente. Fără comunicare şi limbaj, noi ca ființe ce interacționăm şi relaționăm în cea mai mare parte, existența pe pământ ar fi inutilă.

Vestea tristă reprezintă acea informație care alterează grav percepția individului asupra viitorului său, determinând o lipsă de speranță şi producând modificarea calității vieții. Ea poate modifica starea de bine fizică, mentală şi socială.

Emoțiile intense şi dureroase trăite atât de bolnav, cât şi de către familia acestuia, necesită atenție suplimentară din partea echipei de îngrijiri. Relația pe care medicul o stabileşte cu pacientul are un rol deosebit de important, poate fi chiar esențial în medicina paliativă, care are ca şi principiu îmbunătățirea calității vieții pacienților cu boli amenințătoare de viață.

Comunicarea cu cei aflați în suferință nu înseamnă doar a purta un simplu dialog. De cele mai multe ori, acest schimb de informații poate reprezenta succesul tratamentului sau a unei evoluții favorabile a bolii respective (1). Statusul psihologic al pacientului poate influența în mod pozitiv evoluția, motiv pentru care tipul de comunicare joacă un rol cheie în ceea ce priveşte starea pacientului de după aflarea veştii.

Comunicarea veştilor triste reprezintă o situație dificilă în activitatea oricărui medic. Acest lucru presupune ca echipa de îngrijiri să depună un efort considerabil, o planificare laborioasă în ceea ce priveşte modalitatea de transmitere, care trebuie adaptată în mod particular la fiecare caz, pentru a atinge maximul de potențial dorit.

Pentru a realiza o comunicare eficientă, partenerul de comunicare, respectiv terapeutul, trebuie să aibă abilități de ascultare activă, de înțelegere a mesajului şi de a răspunde la întrebări. Foarte importante, de asemenea, sunt şi interpretarea limbajului nonverbal şi motivarea interlocutorului, respectiv a pacientului, de a susține conversația. De aceea, pentru ca interacțiunea să fie de calitate,

medicul trebuie să se concentreze şi să-şi utilizeze la capacitate maximă talentul de transmitere a informației, abilitatea de emițător. Există două tipuri de abilități:

1. interpersonale, ce constau în:

a) capacitatea de a structura dialogul: medicul trebuie să manifeste interes, înțelegere pentru suferința pacientului

b) capacitatea de furnizare corectă a informațiilor, de a se face înțeles, explicarea procedurilor de diagnostic, tratament, rezultatele posibile

c) adoptarea unei posturi care să determine relaxarea pacientului, atitudine prietenoasă, menținerea unui contact vizual adecvat care să transmită încredere, care să înlăture inhibiția determinată de prezența persoanei "în halat alb"

2. abilități relaționale ce se bazează pe "transmiterea de empatie către pacient". Acest aspect este foarte important, prin intermediul lui, terapeutul dovedind că înțelege natura suferinței pacientului, impactul bolii asupra vieții sale. Relația care se creează trebuie să inspire dorința de lupta împotriva bolii, curajul necesar de care pacientul, are psihologic nevoie.

Pentru a realiza o comunicare cât mai eficientă, au fost adoptate o serie de protocoale internaționale, ce pot fi utilizate pentru a obține rezultatul optim. Acestea sunt foarte utile pentru echipa de îngrijiri, iar punerea lor în aplicare este necesară pentru a obține o calitate superioară a interviului. Un protocol foarte bine cunoscut în lumea medicală este "The CLASS Protocol" (2). Efectuarea lui presupune urmărirea a o serie de 5 etape pe parcursul interviului. Prima este reprezentată de acomodare, introducere, stabilirea contextului, respectiv contactul vizual, fizic, atitudinea şi poziția adoptate de către medic. Acestea trebuie adaptate la fiecare caz în parte, în funcție de necesitățile pacientului, de felul în care se prezintă acesta. Spre exemplu, dacă persoana în cauză este o fire anxioasă, medicul trebuie să creeze o atmosferă confortabilă, în care pacientul să poată simți încredere, să capete curajul necesar. Există o serie de detalii care îşi pot aduce contribuția la realizarea acestor obiective. Este recomandat ca medicul să se aşeze în fața pacientului şi nu de cealaltă parte a biroului, să fie linişte în încăpere, fără elemente zgomotoase cum ar fi televizor, radio, care ar putea distrage atenția. Este foarte important contactul vizual, a te uita în ochii pacientului în timpul conversației. Privirea trebuie să fie blândă, calmă, să inspire bunăvoință şi interes. Atingerea pacientului trebuie făcută cu grijă, nu este întotdeauna benefică pentru acesta. Se poate

încerca contactul fizic, şi, în funcție de reacția pe care pacientul o are, se poate continua sau nu. Unele persoane se pot simți în afara ariei de confort în momentul atingerii, iar acest gest ar putea fi interpretat într-o direcție greşită. De asemenea, un alt element ce face parte din această etapă este acela ca pacientul să ştie exact cu cine poartă conversația. Există clinicieni care nu se recomandă decât la sfârşitul interviului, lucru care poate afecta calitatea desfăşurării acestuia, pacientul nesimțindu-se în siguranță în fața "necunoscutului".

A doua etapă a protocolului "CLASS" este reprezentată de abilitățile echipei de îngrijiri de a asculta şi de a transmite informațiile, practic desfăşurarea interviului. Esențial este ca pacientul să fie lăsat să vorbească până la final. Întreruperea acestuia, poate da sentimentul că nu este ascultat cu atenție. Este recomandat ca terapeutul să facă anumite gesturi de mimică în timp ce ascultă pacientul, în funcție de ce spune acesta: să zâmbească, să încline din cap afirmativ, să suspine etc. Conversația trebuie să fie cât mai bine înțeleasă de către ambele părți, să fie cât mai clară. Este important ca medicul să pună pacientul să repete în cazul în care nu a înțeles bine un anumit lucru.

A treia etapă este definită ca şi "răspunsul empatic". Clinicianul trebuie să identifice trăirile, emoțiile simțite de pacient, cauza care le-a determinat, precum trebuie să-i şi arate acestuia că a înțeles. O lipsă de identificare a acestora poate inspira insensibilitate şi poate determina pacientul să se retragă, să se izoleze. Medicul nu trebuie să adopte aceeaşi stare pe care o resimte pacientul, respectiv dacă el este trist, nu trebuie să devină la fel. Dar trebuie să arate că a recepționat ce sentimente trăieşte acesta, trebuie să-i inspire sentimentul de protecție, siguranță ca îi este alături.

A patra etapă se referă la planul de tratament pe care medicul urmează să-l comunice. Acesta trebuie expus foarte clar, în termeni cât mai apropiați de nivelul de înțelegere al pacientului. Acesta trebuie să părăsească biroul la finalul interviului cu lucrurile foarte precis înțelese.

Ultima etapă constă în realizarea rezumatului în urma celor discutate. Pacientul trebuie întrebat dacă doreşte să afle şi alte informații suplimentare, medicul trebuie să se asigure din nou că s-a făcut clar înțeles, iar la sfârşit trebuie stabilită concret următoarea programare.

Un alt aspect de luat în considerare în privința comunicării cu pacientul este reprezentat de reacțiile emoționale ale acestuia în fața

morții. A fost urmărită evoluția stărilor psihice prin care trece acesta după aflarea veştii triste. Elisabeth Kubler Ross (1969) a identificat 5 etape pe care le parcurge pacientul din momentul conştientizării bolii (3,4). Acestea sunt:

1. Şocul şi negarea - la aflarea veştii triste pacientul trăieşte o senzație de şoc, nu-şi poate imagina, nu-i vine să creadă că tocmai el trece printr-un asemenea moment. Această trăire este urmată de o stare de negare, care reprezintă un mecanism psihologic de apărare, pentru a putea face față mai bine veştii. Ignorarea bolii incurabile determină pacientul să treacă mai uşor prin situația respectivă. Negarea este considerată un mecanism tampon de protecție în faza inițială dar ulterior, persistența ei nu aduce beneficii pentru pacient, deoarece poate reprezenta o barieră în calea comunicării cu medicul. Terapeutul trebuie să acorde timp pacientului pentru a-şi accepta condiția

2. A doua etapă este reprezentată de “Mania/Furia”, în care pacientul resimte o stare de nervozitate excesivă, necontrolată ce se reflectă asupra celor din jur, asupra supraviețuitorilor (familie, prieteni). Această furie maschează de fapt suferința profundă prin care trece pacientul cu boală incurabilă, dificultatea pe care o trăieşte pentru a accepta şi a face față situației. Este recomandat ca medicul terapeut să permită bolnavului să se descarce şi să evite o atitudine critică asupra acestuia.

3. A treia etapă este definită ca “Negocierea”, în care bolnavul începe să-şi accepte situația ca pe ceva real şi începe să simtă dorința de a avea o supraviețuire cât mai îndelungată, o calitate mai bună a vieții în timpul ce i-a mai rămas.

4. A patra etapă este “Depresia”. În această fază, pacientul trăieşte o senzație de teamă, frică în fața apariției momentului morții. El rămâne fără speranță şi are tendința de a se izola, încearcă să se pregătească pentru pierderea persoanelor apropiate, îndepărtându-se de acestea. Clinicianul trebuie să încerce să-l ajute să-şi recapete încrederea în sine, să-şi exteriorizeze trăirile interioare.

5. Ultima etapă este “Acceptarea/Resemnarea” - etapă în care echipa de îngrijiri trebuie să găsească împreună cu pacientul metode de soluționare pentru diversele probleme fizice, psihologice ce pot apărea pe parcursul evoluției bolii.

Este de menționat faptul ca reacțiile ce apar la aflarea unui diagnostic de boală incurabilă pot fi diferite de la un caz la altul, asta însemnând că fiecare pacient poate trece prin toate cele 5 etape, poate sări anumite faze, sau poate stagna într-una dintre ele. De

aceea, este important ca echipa de îngrijiri să trateze în mod particular fiecare bolnav, să privească în acesta întâi ființa umană şi reacțiile sale, şi apoi boala propriu-zisă.

Prin urmare, în urma celor prezentate în acest capitol, am încercat să expunem importanța deosebită ce trebuie acordată comunicării cu pacientul. Aceasta nu trebuie neglijată şi fiecare membru al echipei de îngrijiri trebuie să cunoască precis metode de informare, de interrelaționare cu persoana în cauză.

Important!

Pacientul are dreptul, dar nu şi obligația de a cunoaşte adevărul despre boala sa.

De multe ori, o comunicare eficientă poate avea un efect favorabil în ceea ce priveşte reacția pacientului şi evoluția ulterioară a bolii.

Bibliografie

1. **Dumitrescu L, Olaroiu M, Georgescu-Mariutan S.** Managementul aspectelor psiho-sociale în Compendiu de Îngrijiri Paliative la Domiciliu, sub redacția Olăroiu M, ed. Viața Medicală Românească, Bucureşti, 2004; 255-258

2. **Buckman R,** Communication skills in paliative care: a practical guide. Neurologic Clinics 2001, 19(4): 989-1004

3. **Omer I,** Probleme psihologice ale pacienților neoplazici in Elemente de Îngrijiri Paliative oncologice şi non-oncologice; Ed. Universitară, Bucureşti, 2006, p.122-131

4. **Kubler - Ross E,** On death and dying, Macmillan, New York 1969

VIII. COMUNICAREA CU FAMILIA/ÎNGRIJITORII PACIENTULUI/CEI CARE CONTEAZĂ PENTRU PACIENT

Anda Natalia Ciuhu

Punând la bază, definirea principalilor termeni din îngrijirea paliativă a pacientului cu cancer, comunicarea medicului/personalului medical cu familia/ îngrijitorii sau cei care contează, devine importantă pe toată perioada evoluției bolii şi se integrează în abordarea medicală a pacientului şi bolii lui. Deoarece "îngrijirea paliativă" şi "comunicarea" au fost definite în capitolelor anterioare, vom analiza definiția şi evoluția termenilor "medicină", "oncologie", "pacient" şi "familie".

Medicina cu derivație etimologică din latină: ars medica (arta vindecării) reprezintă o îmbinare a ştiinței (cunoştințele, studiul) cu arta (comunicarea, abordarea pacientului). (1)

Rădăcinile cuvântului, mad- sau med- derivă din persă (madha = ştiința medicală, înțelepciune), sanscrită (medha = intelingență, înțelepciune), greaca veche (medos = sfat) şi analiza ulterioară semantică a cuvântului şi derivațiile acestuia definesc medicul/ doctorul drept o persoană cu cunoştințe speciale dobândite, dar valoarea cea mai importantă este dată de calitățile deosebite ale acestuia. Orice clinician competent îşi dovedeşte cunoştințele despre etiologia, patologia şi istoria naturală a bolilor frecvente, dar calități precum un discernământ corect, capacitatea de a vedea pacientul ca "un întreg", capacitatea de a vedea toate aspectele problemei din perspective multiple şi corecte şi capacitatea de a cântări corect perspectivele sunt pe departe mai importante decât cunoaşterea detaliată a sindroamelor rare, chiar a unei memorii excelente sau a unei dorințe puternice de învățare. (2)

Astfel, comunicarea cu pacientul şi familia acestuia devine o aptitudine/ calitate esențială a artei medicale, principala formă de interacțiune în această triadă.

Oncologie derivă din greaca veche (*onkos* (ὄγκος) = masă mare sau tumoră şi sufixul *-logy* (-λογία) = studierea) şi este ramura medicinii care se ocupă cu:

- diagnosticul cancerului,
- tratamentul (ex. chirurgie, chimioterapie, radioterapie şi altele),
- urmărirea pacientului după completarea tratamentului,
- îngrijirea paliativă a pacientului cu cancer în fază terminală,
- abordări etice ale îngrijirii,
- screening-ul bolii.

Dintre problemele etice şi dilemele din practica medicală se numără şi comunicarea cu pacientul (ce informații trebuiesc date despre boală, extensie, progresie şi prognostic) sau familia acestuia (cine trebuie informat complet şi corect despre boală şi evoluție?, se încalcă confidențialitatea pacientului?).

Pacient îşi are originea din franceza veche *pacient* = "persoana care suferă, aflată sub tratament medical".

Familie cuvânt derivat din latină, *familia* = „servitorii familiei şi cei din casă" sau „membrii unei case", inclusiv rude şi servitori şi de la *famulus* = "rob", de origine necunoscută. Sensul de "gospodărie" a fost înregistrat în limba engleză din 1540; sensul principal, modern al "celor cu legătură de sânge" (dacă nu locuiesc împreună) este pentru prima oară atestat în 1660. Familia tradițională este alcătuită din părinți şi copiii lor, considerați drept grup, care locuiesc împreună sau nu. Prin extensie, termenul cuprinde şi unchii, mătuşile şi verişorii (toate persoanele care descind dintr-un progenitor comun). Odată cu evoluția socială, a apărut termenul modern de ***familie extinsă*** = familii care cuprind şi membrii "prin alianță" (prin căsătorie), uneori chiar prieteni apropiați sau colegi.

În îngrijirea paliativă, termenul de familie capătă forma extinsă cuprinzându-i pe toți cei legați afectiv de pacient care doresc să se implice în îngrijirea acestuia. (3)

Comunicarea reflectă cultura şi valoarea noastră, moralitatea gândirii şi perspectivele. Prin identificarea valorilor, grijilor, necesităților pacientului şi familiei sale, oncologul poate individualiza comunicarea diagnosticului, evoluției şi prognosticului bolii, precum şi tratamentul - cu îmbunătățirea rezultatelor şi îngrijirii pacientului -, dar este nevoit să înfrunte „latura umană" a bolii. Evoluția conceptului de

îngrijire paliativă, de la inițiere până în prezent, de la tratamentul chirurgical al cancerului (până în 1940), la stabilirea eficienței în tratament a chimioterapiei (10 ani mai târziu), ulterior radioterapiei şi alte tratamente complementare, apoi conceptul îngrijirii centrate pe pacient cu identificarea nevoilor psihosociale ale pacienților (anii 1980), comunicarea atentă (1990), eficientă cu pacientul, recunoaşte în prezent şi necesitatea abordării „centrate pe familie" (2002), toate acestea fiind în responsabilitatea medicului oncolog. (4)

Studiile efectuate între 1995 şi 2005 au demonstrat că 66% dintre erorile medicale din USA s-au datorat unei comunicări ineficiente în cadrul echipei de îngrijiri, mai ales în situații stresante şi dificile. (5) De asemenea mai mult de 70% dintre clinicieni au raportat situații conflictuale cu familiile pacienților, în special în cazurile cu risc mare de deces. Aceste conflicte sunt foarte frecvent severe şi s-au asociat cu stres profesional semnificativ, fiind o parte a motivației sindromului de "burned out" la o treime din medici şi jumătate din asistenții medicali, determinând sentimente de inutilitate şi de "copleşire" (6,7). De asemenea, comunicarea cu familiile pacienților şi atitudinea acestora față de personalul medical au fost identificați drept unii dintre cei mai importanți factori de stres pentru echipa medicală de îngrijiri paliative a pacienților cu cancer (8,9).

Interacțiunea medic oncolog - pacient este frecvent sub forma unei relații triadice (medic – pacient - familie, de obicei, cel puțin un membru cheie al familiei). Pacienții cu cancer şi familiile lor adaugă o dinamică extraordinară în interacțiunea clinică datorită cunoştințelor lor, dorinței de a contesta sau pune sub semnul întrebării deciziile medicale şi experiența anterioară. (10)

Diagnosticul de cancer, nu afectează numai pacientul, ci şi familia acestuia, în egală măsură, o dată, prin schimbarea rolurilor în cadrul familiei, cu influență în statutul socio-economic, prin afectarea emoțională (experimentarea sentimentelor de frică, de anxietate, de nesiguranță şi însingurare), prin creşterea nevoile celui iubit (în principal cele fizice). Cercetare în ultimele trei decenii a demonstrat influența importantă pe care rudele sau însoțitorii o pot avea în tratamentul pacientului, în toate stadiile de evoluție a bolii. (10) Datorită creşterii incidenței cancerului şi a supraviețuirii, a apărut necesitatea îngrijirilor pacienților la domiciliu şi obligativitatea implicării familiei în tratament. Astfel, scopul principal al comunicării medic – pacient este de a menține familia în apropierea pacientului, astfel încât acesta să nu experimenteze sentimente de însingurare, să poată fi supravegheat şi îndrumat pe perioada tratamentului la domiciliu.

Comunicarea în cadrul familiei pacientului cu cancer se face pe planuri diferite: comunicarea familie – pacient, comunicarea medic - familie şi comunicarea între membrii aceleiaşi familii. Majoritatea studiilor efectuate până în prezent, fac referire în principal, la comunicarea echipei medicale cu pacientul sau, iau unitate comun împreună „pacient – familia acestuia", astfel încât nu există un ghid de comunicare cu familia pacientului şi, în acest capitol nu dorim să elaborăm unul, ci, ne-am propus să prezentăm câteva reguli generale de comunicare, pe care le-am desprins din practica clinică şi analiza literaturii de specialitate.

De-a lungul evoluției bolii, familia pacientului suferă modificări psihoemoționale, sociale, spirituale asemănătoare unui pacient cu cancer, astfel încât comunicarea cu aceasta, din punct de vedere medical, trebuie să urmeze regulile „de bază" ale comunicării cu pacientul, prezentate în capitolul anterior. În cazul familiei, spre deosebire de pacient, în majoritatea cazurilor, la prima interrelație medic oncolog – pacient – familie, aceasta din urma cunoaşte detaliat diagnosticul bolii, are noțiuni despre eventuala evoluție şi prognosticul bolii, dobândite fie de la medicul de familie sau specialist, fie prin autoinformare din surse alternative.

Astfel, de cele mai multe ori, comunicarea diagnosticului, cu alegerea corectă a modului, timpului şi locul expunerii, numai este necesară. Dar, în astfel de situații, ne confruntăm cu „solicitarea" familiei de a nu informa pacientul despre diagnosticul bolii, tratament şi evoluția ulterioară. Acest tip de „conspirație/convenienţă" medic – familie, este caracteristic țărilor din Europa de Est, S-E şi Asia. (11) „Conspirația" poate fi totală sau parțială, încă de la debutul bolii (evitarea expunerii diagnosticului, dar se poate detalia tratamentul sau evitarea informației privind prognosticul şi evoluția bolii) sau pe perioada evoluției, în cazul recidivei sau agravării bolii şi, în special, în stadiile terminale (evitarea discuțiilor şi consemnării cuvântului „moarte") (11, 12).

Comunicarea „conspirativă", poate conveni medicului şi personalului medical, evitându-se astfel, stresul şi încărcătura emoțională a comunicării „veştilor proaste". Dar, în cazul în care pacientul doreşte să fie informat, în totalitate, despre boala lui, atragem atenția, că o astfel de „conspirație" poate deveni periculoasă pentru interrelația „medic – pacient" şi „pacient – familie", ducând la blocarea comunicării pacientului cu familia sa sau medicul curant, pentru că, în condițiile urmării unui tratament agresiv, cu toxicitate clinică evidentă, pacientul nu poate să nu intuiască/să afle severitatea bolii de care suferă. În această situație, pacientul se va

simți mințit de medicul sau şi familie, îşi va pierde încrederea în persoanele cele mai importante în tratament, se va izola, conducând la afectarea îngrijirii şi chiar, la abandonul terapeutic. (Figura 1)

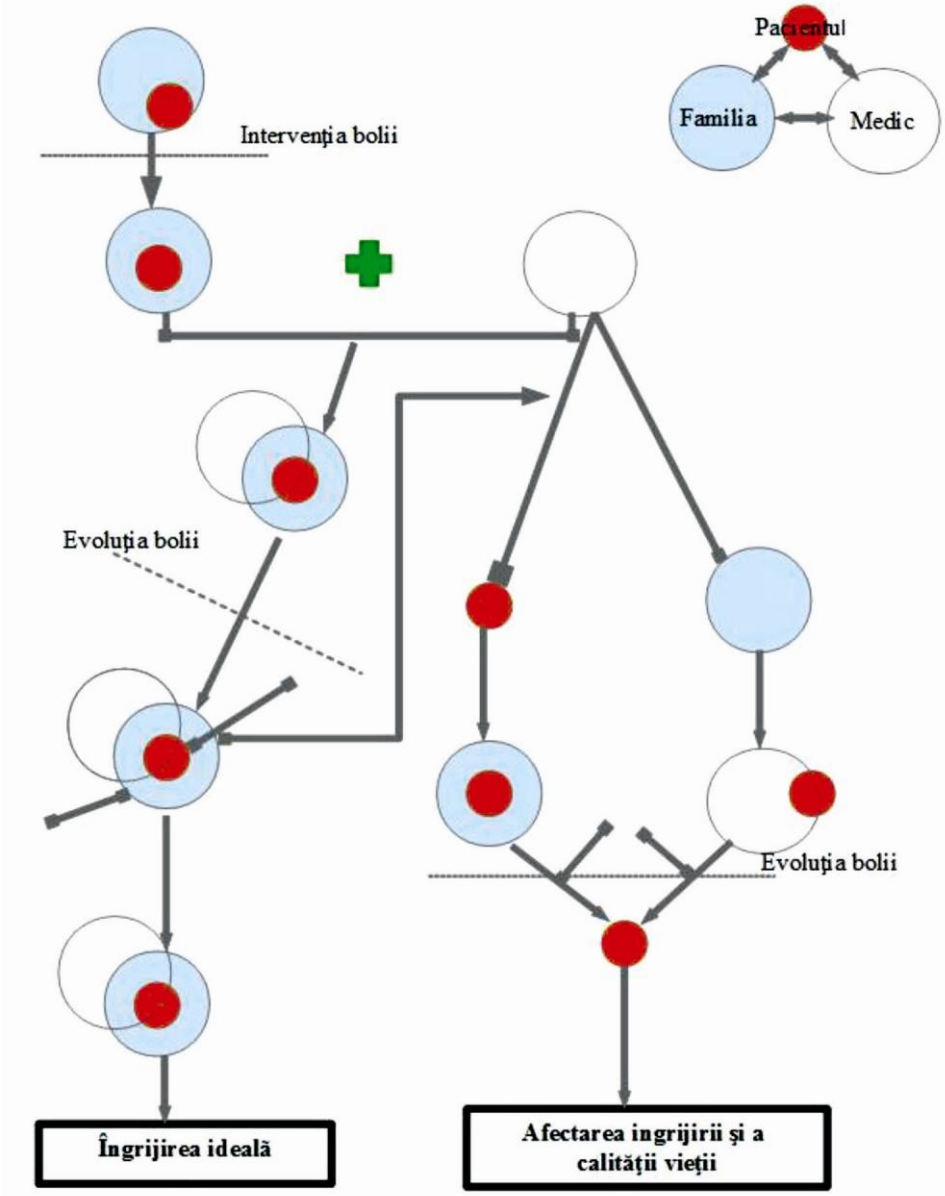


Figura 1: Blocarea comunicării la nivelul triadei doctor-pacient-familie poate altera interrelația lor, până la izolarea pacientului, odată cu evoluția bolii. Îngrijirea ideală reprezintă pacientul, în mijlocul familiei sale, fiind îndrumați în tratament de medic, sprijiniți şi sfătuiți de-a lungul evoluției bolii.

Dacă, din analiza pacientului şi familiei acestuia, intuim că nu sunt încă pregătiți pentru a afla severitatea diagnosticului sau situației prezente, recomandăm:

- ✓ în cazul necesității comunicării diagnosticului, se poate evita cuvântul „cancer”, dar trebuie înlocuit cu „o boală destul de gravă/gravă”;
- ✓ în cazul tratamentului, opinăm pentru detalierea corectă a acțiunii, reacțiilor adverse şi schemei terapeutice;
- ✓ în cazul evoluției nefavorabile a bolii, „boala nu a răspuns aşa cum ne-am dorit, la tratament”;
- ✓ în cazul îngrijirii terminale, evitarea frazelor precum „sigur vă veți face bine” sau „sigur nu veți muri”; putem spune „încercam să vă facem să vă simțiți mai bine”

Familia pacientului trebuie sfătuită să păstreze o relație sinceră şi cât mai apropiată cu pacientul, trebuie avertizată de schimbările care pot apare în timpul evoluției bolii, pentru că pacientul va experimenta simptome severe, care necesită atenție sporită, de multe ori necesită supraveghere permanentă, astfel încât răbdarea, obedienţa şi compasiunea vor deveni sentimentele principale în interiorul familiei. Persoana iubită va suferi schimbări majore psihoemoționale (perioade de negare, furie extremă manifestată împotriva celor apropiați, personalului medical, divinității, angoasă, tristețe/depresie), fizice (disformități, dureri, greață, vărsături), sociale (nu-şi mai pot îndeplini sarcinile de serviciu sau vor necesita perioade prelungite de odihnă, care vor duce la izolare), spirituale, iar familia trebuie să reprezinte echilibrul pacientului.

De asemenea, trebuie atenție sporită la sentimentele de „vină”, ale familiei față de pacient. Unii se simt vinovați că ei sunt cei sănătoşi, iar cel drag este foarte bolnav, sau că au neglijat perioade lungi de timp simptome care erau evidente că persoana apropiată nu se simte bine sau că nu pot sta lângă persoana iubită tot timpul. Astfel de sentimente pot conduce la „sufocarea” pacientului, printr-o grijă exagerată sau la gesturi absolut extreme (renunțarea la serviciu, unica sursă de venit a familiei, pentru a-şi putea îngriji partenerul/prietenul, renunțarea la avere - casă, maşină, siguranța traiului zilnic - pentru a urma tratamente în străinătate, care nu salvează viața pacientului). Membrii familiei solicită, comunicarea de tip „conspirativ” cu pacientul, în dorința de a-l proteja de suferință şi pentru că-l iubesc, dar trebuie să înțeleagă că o astfel de atitudine poate deveni „nocivă” pentru relația lor şi trebuie să privească cu empatie situația prezentă. (11)

O dată cu evoluția nefavorabilă a bolii, necesitățile pacienților de a fi în cadrul unei familii devin din ce în ce mai mari, astfel încât rolul membrilor familiei devine tot mai complex, pe lângă suportul psihoemoțional, social, ei trebuie implicați în tratament.

Apropiații pacientului trebuie învățați cum să administreze tratamentul, la ce şi cum pot fi administrate diferite simptome care pot apare la domiciliu, cum trebuie pacientul alimentat, eventual pansat. (Tabelul 1)

COMUNICAREA MEDIC – FAMILIA PACIENTULUI		
Când?	**De ce?**	**Cum?**
• La diagnosticul bolii • Pe perioadele de spitalizare ale pacientului • La inițierea oricărui tratament nou • La recidiva/evoluția nefavorabilă a bolii • În îngrijirea terminală	• Care va fi evoluția naturală a bolii? • Ce simptome poate avea pacientul? • Cum va fi tratamentul? • Efectele adverse ale tratamentului • Complicațiile bolii	• Cum să aşeze perna pentru ca pacientul să stea confortabil? • Cum să mobilizeze pacientul? • Cum să-i administreze tratamentul? • Ce să facă în caz de urgență medicală? • Cum să rezolve problemele apărute? • Cum să se autoîngrijească?

Tabelul 1: ***Comunicarea medic–familia pacientului (când?, de ce?, cum?)*** *(13)*

Cea mai dificilă perioadă din îngrijirea paliativă, rămâne starea terminală a pacientului, perioada în care emoțiile şi simptomele devin din ce în ce mai puternice, când organismul pacientului este la limita resurselor, iar familia este foarte frecvent obosită, anxioasă, cu solicitări crescute la personalul medical, fiind cel mai frecvent nepregătiți pentru aceste momente dificile. De cele mai multe ori, chiar dacă au fost corect informați pe toată perioada bolii, în aceste momente, majoritatea membrilor familiei cred „într-o minune”.

Această perioadă este caracterizată de o comunicare frecventă cu medicul oncolog, fiecare simptom nou apărut trebuind tratat, iar acum toate lucrurile rămase „nespuse” încep să iasă la lumină sub formă de îndoieli, frustrări, regrete. Comunicarea medic – familie se axează pe câteva principii ale îngrijirii paliative (inutilitatea transfuziilor, perfuziilor, tratamentului intensiv, intubării şi resuscitării). Familia trebuie să ştie că aceste momente sunt unice şi sunt ultimele, că acesta este momentul pentru a-şi lua rămas bun, pentru a-şi cere iertare, pentru a-şi spune ceea ce a rămas nespus. (14) Îngrijitorii necesită sfaturi privind organizarea îngrijirii pacientului terminal (pacient imobilizat la pat, cu risc crescut de a dezvolta escare, cu dureri care pot necesita manipularea seringilor, cu stări de confuzie, delir), sfaturi pentru înmormântare şi primele săptămâni de „doliu”.

O altă provocare în îngrijirea paliativă a pacienților din spitalele noastre este reprezentată de familiile numeroase, în care fiecare membru al familiei doreşte să fie informat despre boală, tratament şi evoluție, cel mai frecvent această comunicare trebuie făcută „neapărat” de „dl./dna. doctor”. În aceste situații, pacientul şi restul familiei trebuie să desemneze un reprezentat, persoană cu autoritatea cea mai mare, care să fie cel care comunică cu echipa medicală, iar el transmite mai departe celorlalți membri. Pot exista disensiuni în interiorul familiei, membrii cu păreri diferite, opțiuni diferite de tratament, discuții în contradictoriu care pot afecta pacientul, atât în plan decizional, cât şi în plan emoțional. Toate acestea trebuiesc observate de personalul medical şi familiile să fie sfătuite la unitate şi consens, în beneficiul celui drag.

O altă provocare este în cazul pacienților cu cancer al căror diagnostic a fost recent stabilit, iar starea generală prezintă degradare rapidă, cu necesitatea inițierii precoce a îngrijirii terminale. În acest caz, comunicarea medic - pacient – familie devine dificilă, pentru că nu au putut fi parcurse etapele de adaptare la boală, iar timpul de interrelație a fost prea scurt, nestabilindu-se o legătură bazată pe încredere şi certitudini. (Tabelul 2)(15)

Comunicarea cu familia se realizează fie „față în față” şi prin materiale scrise (broşuri, ghiduri, materiale electronice), conferințe, cursuri, întâlniri de grup. (16)

Important!

Trăim în secolul „comunicării”, în care am învățat să comunicăm rapid, corect, eficient;

Comunicarea este o condiție „sine qua non” în îngrijirea pacienților cu cancer; (10)

Comunicarea cu familia este o responsabilitate, în principal, a medicului oncolog/radiolog sau cu competență în îngrijire paliativă, chiar dacă tendința este de a o desemna asistentului medical;

Orice blocare a comunicării în triada medic – pacient – familie duce la afectarea îngrijirii şi tratamentului;

Familia trebuie să acționeze ca o unitate, în jurul celui drag, pentru a-i stabili şi a-i satisface necesitățile;

Relația medic – familie – pacient trebuie sa se bazeze pe sinceritate, încredere, empatie.

BARIERE DE COMUNICARE MEDIC, ÎNGRIJITORI /FAMILIE/ CEI CARE CONTEAZĂ	
Din partea medicului	**Din partea familiei**
Lipsa calităților datorită pregătirii neadecvate	Familii dezorganizate, cu disensiuni în interiorul familiei
Sentimente de frică de a provoca reacții emoționale	Experiențe anterioare neplăcute cu personalul medical
Incapacitatea de a administra reacții emoționale exagerate	Canalizarea atenției pe propriile emoții şi nu pe îngrijirea celui drag
Teama de a-şi exprima propriile emoții	Relații anterioare cu pacientul bazate pe neîncredere, minciună sau omisiuni
Teama de a fi învinuit de pacient/familie de eşec profesional	Interese financiare, interes scăzut pentru îngrijirea pacientului
Identificarea cu pacientul	Diferențe culturale, etnice
Confruntarea cu propria teamă de moarte	Neîncrederea în profesionalismul sistemului sanitar

Tabelul 2: ***Bariere de comunicare medic – familie/îngrijitori sau cei care contează***

Bibliografie

1. **Moşoiu D**, Comunicarea în cancer, 2009, www.hospice.ro
2. **CHAREN T**, The Etymology of Medicine, Current List Of Medical Literature Army Medical Library Washington, D.C.
3. Cancer and the family, http://www.hopenavigators.com/ managing-matters/practical-matters/cancer-and-the-family
4. **Schapira L** , Communication skills training in clinical oncology: the ASCO position reviewed and an optimistic personal perspective
5. Communication Skills in Medicine. Prepared & published by BCPS and DGHS With WHO support Under WHO BAN HRH June 2008 ISBN-984-300-002199-0.
6. Advances in Skin & Wound Care: May 2012 - Volume 25 - Issue 5 - p 200 doi: 10.1097/01. ASW. 0000414699.38163.f8 Departments: Editorial Communication: A Matter of Life and Death: Historical Lessons Are a Standard for the Future
7. **Arnold R., Nelson J., Prendergast T., Emlet L.**; Critical care communication (C3), Oncotalk, at http://depts.washington.edu/oncotalk/learn/ modules.html
8. **Rahnea Niță G, Ciuhu AN** Particularitatea atitudinii in fata mortii a familiei unui pacient tanar cu cancer. Stresul echipei de ingrijiri paliative. Revista Paliatia, vol. 3, nr.1, ian. 2010
9. **Rahnea Niță G, Ciuhu AN, Tuinea AL**, Peculiarities of the Palliative Care Team Occupational Stress, Journal of Radiotherapy & Medical Oncology; (în curs de apariție, 2013)
10. **Kissane D, Bultz B, Butow P, Finlay I**; Handbook of Communication in Oncology and Palliative Care, 31 March 2011
11. **Santosh K. Chaturvedi, Carmen G. Loiselle, Prabha S. Chandra;** Communication with Relatives and Collusion in Palliative Care: A Cross-Cultural Perspective; Indian J Palliat Care. 2009 Jan-Jun; 15(1): 2–9.
12. Clinical Review ABC of palliative care: Communication with patients, families, and other professionals; BMJ 1998;316:130
13. Expert-reviewed information summary about communi-cating with the cancer patient and his or her family, including unique aspects of communication with cancer patients, factors affecting communication, and training in communication skills; Communication in Cancer Care
14. **Hebert RS, Schulz R, Copeland VC, Arnold RM,** Preparing family caregivers for death and bereavement. Insights from

caregivers of terminally ill patients; J Pain Symptom Manage. 2009 Jan; 37(1): 3-12. doi: 10.1016/ j. jpainsymman. 2007. Epub 2008 Jun 6.

15. **Doyle D, Hanks G, Cherny N, Calman K**. Oxford Textbook of Palliative Medicine, 3rd edition,Third edition Oxford University Press, 2005, pp110

16. **Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, Joly LM, Chevret S, Adrie C, Barnoud D, Bleichner G, Bruel C, Choukroun G, Curtis J.R, Fieux F, Galliot R, Garrouste-Orgeas M, Georges H, Goldgran-Toledano D, Jourdain M, Loubert G, Reignier J, Saidi F, Souweine B, Vincent F, Barnes K N, Pochard F, Schlemmer B, Azoulay E,** A Communication Strategy and Brochure for Relatives of Patients Dying in the ICU, N Engl J Med 2007; 356:469-478February 1, 2007DOI: 10.1056/NEJMoa063446

IX. ECHIPA DE ÎNGRIJIRE PALIATIVĂ

Anda Natalia Ciuhu

Odată cu dezvoltarea conceptului de îngrijire paliativă şi abordarea holistică a pacientului, a fost necesară organizarea serviciilor, pentru un efect armonios şi convergent, în îngrijirea pacienților şi familiilor acestora. În acest sens, în 1987 Plant a demonstrat necesitatea dezvoltării unei echipe de îngrijire. (1)

Echipa este o entitate dinamică, formată dintr-un grup de persoane, cu sarcini specifice, care pot fi obținute prin colaborarea şi interdependența membrilor ei.

Echipa medicală prezintă țeluri comune, înțelegerea rolurilor individuale, respect, comunicare eficientă, rezolvarea conflictelor şi flexibilitate. (2)

Echipele pot fi unidisciplinare, multidisciplinare, interdisciplinare şi transdisciplinare.

Echipa unidisciplinară: este formată din mai mult de 2 persoane cu aceeaşi pregătire profesională, care dezvoltă aceleaşi activități, iar interacțiunea între membrii echipei poate fi minimă. (3)

Echipa multidisciplinară: alcătuită din membri cu pregătire profesională diferită, cu identitate profesională bine definită. Fiecare este responsabil de propria lui activitate şi activează independent de ceilalți membri ai echipei. Există ierarhizare. Cele mai multe echipe medicale funcționează astfel. (3,4)

Echipa interdisciplinară: formată din persoane cu pregătire profesională diferită, care comunică între ele, dar lucrează independent. Ierarhizarea nu este foarte importantă, se redefineşte în funcție de sarcinile care trebuiesc îndeplinite. Activitatea fiecărui membru este importantă şi contribuie la scopul final. Sunt delimitate, totuşi, anumite granițe pentru fiecare individ. Este asemănată cu degetele de la o mână, care au abilități diferite, dar dexteritatea şi funcțiile se îmbină. (3,4)

Echipa transdisciplinară: nu există ierarhie, activitatea fiecarui individ nu este delimitată, dar fiecare este important pentru echipă. (3)

Modelul demonstrat a fi cel mai util în îngrijirea paliativă este echipa de îngrijire interdisciplinară, bazându-se pe negociere, discuții, fiecare membru al echipei trebuie să fie dispus să asculte punctul de vedere al celorlalți. (4,5)

Echipa de îngrijire paliativă poate fi constituită diferit, în funcție de necesitățile pacientului şi familiei acestuia sau de resursele profesionale existente în regiunea respectivă. Directiva VHA (Victorian Healthcare Association) din 2003 recomandă, în componența oricărei echipe de îngrijire paliativă să fie un doctor, asistent medical, asistent social şi preot. (6)

Figura 1: Complexitatea echipei de îngrijire paliativă

Avantajele echipei interdisciplinare	
Pentru pacienți	**Pentru personalul de îngrijire**
❁ Îngrijire calitativă prin abordarea complexă a tuturor problemelor (medicale, psihosociale) ❁ Abordează probleme şi	● Creşte satisfacția profesională ● Îngrijire pe termen lung ● Dezvoltarea pe planuri noi de îngrijire

necesități diverse (clinice, dar şi etice) Oferă pacientului rolul “activ” îngrijirea pacienților din culturi diferite Economiseşte timp; Combină calitațile tuturor membrilor; Acoperă necesitățile familiei fără a neglija îngrijirea pacientului	Încurajează inovația Oferă canalizarea personalului pe arii proprii de experiență Susținerea şi sfaturile celorlalți profesionişti

Tabelul 1: ***Echipa de îngrijire interdisciplinară:*** *(4)*

Pentru îndeplinirea scopului, echipa de îngrijire paliativă trebuie să atingă, secvențial, următoarele sarcini:

- să definească problema şi să-şi stabilească scopul/scopurile;
- să fie bine informată;
- să asculte punctul de vedere al fiecarui membru;
- să dezbată fiecare caz în parte, fiecare membru contribuind cu experiența lui profesională;
- să dezvolte soluții posibile sau planuri de îngrijire;
- să dezbată fiecare soluție în parte;
- să aleagă cea mai bună soluție;
- să fie stabilite sarcinile fiecărui membru al echipei.

Stabilirea sarcinilor fiecărui membru revine liderului de echipă. În echipa de îngrijire paliativă, rolul de lider/decizie, îi este atribuit, cel mai frecvent, medicului, datorită responsabilității legale pe care o are față de pacient şi datorită educației şi pregătirii. (1)

Formarea unei echipe: este un proces ciclic, în care fiecare activitate şi îndatorire sunt bine definite, la fel şi rolurile şi relaționarea dintre membrii echipei. Se desfăşoară în mai multe etape:

- formare: crearea etapei de grup;
- normarea: sunt elaborate modelele şi normele;
- “de furtună”: sarcinile şi rolurile sunt elaborate din stările conflictuale;
- efectuarea: membrii echipei colaborează pentru îmbunătățirea îngrijirii pacientului.

De fiecare dată când se schimbă compoziția sau rolurile echipei, procesul de formare se repetă. (7,8)

Calitățile unei echipe de îngrijire sunt: moralitate înaltă, comunicare eficientă, respect şi încredere între membrii echipei, rezolvarea constructivă a conflictelor. (3) Personalul de îngrijire este în strânsă legătură cu pacienții aflați în stadii foarte avansate de boală, însoțindu-i în călătoria lor spre procesul morții, având necesități şi sensibilități speciale. De aceea, membrii echipei necesită maturitate profesională, care, cel mai frecvent, se câştigă prin experiență, trebuie să fie sensibili la necesitățile pacienților şi familiilor lor, să înțeleagă că deciziile de îngrijire sunt luate de pacienți, după o informare corectă asupra fiecarei posibilități de tratament, iar uneori, rezolvarea se obține prin îndepărtarea problemelor mici. Trebuie, întotdeauna, să se evite crearea de noi probleme sau necesități. (3) Deciziile finale aparțin pacientului, care, în condițiile unei îngrijiri acordate de o echipă de profesionişti interdisciplinară, este foarte bine informat, are suport psihoemoțional, social şi spiritual divers şi propriile valori care-l ghidează. (6)

Procesul de formare a echipei devine foate important, prin alegerea "omului potrivit la locul potrivit". Membrii echipei sunt aleşi în funcție de calități, experiența profesională în cadrul unei echipe şi performanțe, pentru că fiecare rol din cadrul echipei necesită calități bine definite, care să vină în sprijinul îndeplinirii scopului propus.

Posibile roluri în cadrul echipei de îngrijiri paliative	
Roluri	**Responsabiltăți**
Facilitator	Conduce echipa conform ordinei de zi şi planului stabilit
Grefier	Notează deciziile echipei.
Metronom	Anunță echipa de încadrarea în timp (a expirat jumătate din timpul stabilit, mai sunt 5 min sau a expirat timpul)
Susținător	Încurajează ceilalți membri ai echipei să-şi prezinte ideile, să spună ceea ce gândesc.
Inițiator	Îşi prezintă ideile, alternativ, cu ceilalți
Mediator	Încearcă să găsească soluții de compromis între doi membri cu opinii divergente
Suporter	Susține ideile şi opiniile diferite de ale majorității
Cel care aprobă	Sustrage din dezbatere ideile care sunt acceptate de toată echipa
Încurajator	Dă energie echipei, când echipa se află în impas, îşi exprimă opinia, astfel încât să poată fi găsită o soluție de compromis.

Tabelul 2. ***Posibile roluri în cadrul echipei de îngrijiri paliative.***

"Assessing Your Skills în Team Leadership", Howard Garner, 1999. Virginia Commonwealth University, Richmond, Virginia. (7)

Calități necesare fiecarui rol, în parte	
Rol	**Calități**
Implementator	→ Disciplinat, sigur, conservator, eficient, să transforme ideile în practică
Coordonator	→ Matur, încrezător, să clarifice scopurile, să promoveze deciziile
Formator	→ Dinamic, provocator, lucrează bine sub presiune, curaj, să depăşească obstacolele
Investigator de resurse	→ Extrovertit, entuziast, comunicativ, exploră oportunitățile, realizează contacte
Monitor-evaluator	→ Sobru, strategic, bun discernământ, observă toate opțiunile
Lucrător în echipă	→ Cooperant, mediu, perceptiv, diplomat, ascultător, aplanează conflictele
Finalizator	→ Minuțios, conştiincios, anxios, observă erorile şi omisiunile, perfecționist, obsesional

Tabelul 3: ***Calități necesare fiecărui rol în parte:*** *(5)*

Rolul medicului în echipa de îngrijiri paliative

- stabilirea planului de îngrijire şi tratamentul simptomelor;
- determinarea prognosticului, evoluției şi complicațiilor bolii şi informarea corectă a familiei, precum şi pregătirea acesteia în vederea îngrijirii pacientului în stadiul terminal al bolii;
- să fie "împreună" cu pacientul şi familia acestuia până la final, prin asigurarea continuității îngrijirii;
- să comunice eficient şi corect, să-şi împărtaşească cunoştințele medicale, atât cu ceilalți membri ai echipei, cât şi cu pacientul şi familia acestuia. (3)

Rolul asistentului medical în echipa de îngrijiri paliative - este foarte important în îngrijirea paliativă a pacientului şi familiei lui, având de cele mai multe ori un rol central:

- să identifice şi să recunoască nevoile pacientului,
- să informeze, să educe şi să implice în îngrijire pacientul şi familia sa;
- uneori, suportul, înțelegerea şi atenția necesară pacientului şi familiei se pot obține prin simpla prezență a asistentului medical;
- Important: profesionalismul este caracterizat prin abilitățile de comunicare verbală şi non-verbală, cu abordare holistică;
- Important: modestia şi respectarea dorințelor pacientului devin, de asemenea, foarte importante în îngrijirea paliativă, chiar dacă asistentul medical nu este de acord, în totalitate cu pacientul. (3)

Echipele de îngrijiri paliative nou înființate se confruntă cu diferite provocări. Membrii echipei trebuie să: relaționeze eficient cu noii colegi, în scopul de a construi un grup de lucru, să facă față unor reacții emoționale înalte, în mod repetitiv şi, în acelaşi timp, standardele de îngrijire nu sunt cert definite, în comparație cu alte domenii medicale. Comunicarea în cadrul echipei, atât formală cât şi informală, este foarte importantă, la fel ca şi comunicarea cu pacientul şi familia acestuia. (9,10,11) Comunicarea conspirativă (zvonurile, clevetirea) poate determina apariția conflictelor în cadrul echipei, pierderea încrederii între membrii echipei. De asemenea, echilibrului echipei de îngrijiri poate fi afectat de conflictul dintre 2 sau mai mulți membri, dezvoltarea de subgrupuri („bisericuțe"), un membru cu caracter dominant sau cu tendință la izolare. (4)

Competențele asistentului medical în îngrijirea paliativă	
De comunicare	✓ Sensibilă, deschisă, blândă ✓ să şţie când să "tacă", fiind uneori cel mai bun răspuns; ✓ să şţie să răspundă la întrebări profunde sau retorice; ✓ să şţie să vorbească despre "moarte" cu familia pacientului
Psihosociale	✓ Abilitatea de a lucra cu familiile, de a le anticipa nevoile, de a-i susține în momente importante; ✓ să realizeze o relație de încredere şi siguranță cu pacientul

De echipă	✓ să colaboreze eficient cu ceilalți membri ai echipei; ✓ este foarte important în îngrijire
Fizice	✓ să recunoască şi să identifice pacienții cu dureri sau altă simptomatologie; ✓ să intervină activ atunci când este necesar
De îngrijire terminală	✓ să ştie să respecte demnitatea pacientului şi familiei acestuia
Intrinseci	✓ să-şi identifice reacțiile personale în fața morții şi să analizeze cum acestea pot influența procesul de îngrijire ✓ să dobândească maturitate "în gândire" din fiecare experiență profesională

Tabelul 4: ***Competențele asistentului medical în îngrijirea paliativă*** *(8)*

Echipele de îngrijiri paliative nou înființate se confruntă cu diferite provocări. Membrii echipei trebuie să: relaționeze eficient cu noii colegi, în scopul de a construi un grup de lucru, să facă față unor reacții emoționale înalte, în mod repetitiv şi, în acelaşi timp, standardele de îngrijire nu sunt cert definite, în comparație cu alte domenii medicale. Comunicarea în cadrul echipei, atât formală cât şi informală, este foarte importantă, la fel ca şi comunicarea cu pacientul şi familia acestuia. (9,10,11) Comunicarea conspirativă (zvonurile, clevetirea) poate determina apariția conflictelor în cadrul echipei, pierderea încrederii între membrii echipei. De asemenea, echilibrul echipei de îngrijiri poate fi afectat de conflictul dintre doi sau mai mulți membri, dezvoltarea de subgrupuri („bisericuțe"), un membru cu caracter dominant sau cu tendință la izolare. (4)

Conflictele în cadrul echipei pot fi inovatoare şi creative, determinând creşterea încrederii şi comunicării în cadrul echipei, prin abordarea lor corespunzătoare:

→ stabilirea standardelor de realizare a sarcinilor;
→ încurajarea expresiei şi contribuției fiecărui membru al echipei;
→ analizarea cu atenție şi respect a tuturor opiniilor legate de conflict, punctarea posibilelor soluții;
→ căutarea unui consens pentru a se alege cea mai bună decizie;
→ exprimarea şi solicitarea feedback-ului, cu privire la comportamentul pozitiv/negativ;
→ analizarea evoluției după soluționarea conflictului. (11,12)

Administrarea neadecvată a conflictelor interne sau externe poate conduce la creşterea stresului profesional al echipei de îngrijiri paliative şi dezvoltarea sindromului de „burn-out”.

De aceea, este necesară intervenția unor mecanisme de sprijin şi de adaptare pentru menținerea integrității fizice şi psihice. Este important să se creeze o atmosferă de lucru care să permită membrilor să facă față provocărilor îngrijirilor paliative (autonomie, lipsa ierarhiei, volum de muncă realist, feedback-uri pozitive de la pacienți şi rudele acestora, colegi, personalul conex) (9.10,13)

Ce defineşte pozitiv/negativ o echipă de îngrijiri	
Pozitiv	**Negativ**
Identitatea de echipă **Participarea la decizii** **Oportunitatea de dezvoltare profesională şi personală** **Acțiune şi mişcare** **Definirea scopurilor şi flexibilitatea** **Reevaluarea periodică pentru îmbunătățirea îngrijirilor** **Rutina de echipă şi ritualurilor** **Leader-i puternici**	Furnizarea inconsecventă de servicii Comunicare şi colaborarea necorespunzătoare Abordarea greşită a perioadelor de tranziție Neasumarea responsabilităților Performanțe scăzute Feedback-uri negative Acceptarea compromisurilor.

Tabelul 5: ***Ce defineşte pozitiv/negativ o echipă de îngrijiri:*** *(6)*

Important!:

- în îngrijirea paliativă, echipa interdisciplinară este forma de îngrijire care aduce beneficii atât pacientului, cât şi celor care-l îngrijesc;
- deciziile finale aparțin pacientului;
- asistentul medical ocupă un rol central în cadrul echipei de îngrijire;
- formarea echipei de îngrijiri este foarte importantă; trebuie să fie analizate calitățile şi experiența fiecărui membru în parte, astfel încât integritatea echipei să poată fi păstrată;
- **apartenența la o echipă de îngrijire paliativă este un privilegiu şi o onoare.**

Bibliografie

1. **Hill A**., Multiprofessional teamwork in hospital palliative care teams International Journal of Palliative Nursing, Vol. 4, Iss. 5, 25 Sep 1998, pp 214 - 221
2. **Sargeant J, Loney E, Murphy G,** Effective Interprofessional Teams: “Contact Is Not Enough” to Build a Team
3. **Tetrault A,** THE PALLIATIVE CARE TEAM – Competences Necessary for its Success and Factors that Influence the Team Functionality, Thesis for Bachelor of Health Care, Degree Program in Nursing, Vasa 2012
4. **Crawford GB, Price SD**, Team working: palliative care as a model of interdisciplinary practice, Med J Aust 2003; 179 (6): 32
5. Teamwork in Palliative Care, Kenya Hospices and Palliative Care, www.kehpca.org
6. **Anderson R, Cohen S, Howe JL,** Palliative Care: How Interdisciplinary Teams Make a Difference, Bronx-NY Harbor GRECC, GRECC National Audioconference March 29, 2007.
7. **Howe JL, Morano B, Peters JJ,** Geriatrics, Palliative Care and Interprofessional Teamwork, Geriatric Research, Education & Clinical Center, Mount Sinai School of Medicine, Brookdale Department of Geriatrics and Adult Development
8. **Becker R**, Palliative care. 2: Exploring the skills that nurses need to deliver high-quality care. Nurs Times. 2009 Apr 14-20;105(14):18-20.
9. **Rahnea Niță G., Ciuhu AN**, Aspecte psihologice în faza terminală a bolii. Impactul asupra familiei, volum rezumate, Congreul BUON, septembrie 2010, Sibiu
10. **Ranhea Niță G, Ciuhu AN, Rahnea – Niță RA**, Implicarea echipei de îngrijiri paliative în stadiul terminal al bolii, volum rezumate, zilele IOB, noiembrie 2010 Bucureşti
11. **Rahnea Niță G, Ciuhu AN**, Particularitatea atitudinii în fata morții a familiei unui pacient tânăr cu cancer. Stresul echipei de îngrijiri paliative,Revista 2, PALIAȚIA, Vol 3, Nr 1, Ianuarie 2010 ISSN 1844 – 7058
12. **Grant RW, Finocchio LJ**, California Primary Care Consortium Subcommittee on Interdisciplinary Collaboration. Interdisciplinary collaborative teams in primary care: a model curriculum and resource guide. San Francisco, California: Pew Health Professions Commission, 1995.
13. **Jünger S, Pestinger M, Elsne F, Krumm N, Radbruch L,** Criteria for successful multiprofessional cooperation in palliative care teams; Palliative Medicine 2007; 21: 347–354

XI. ÎNGRIJIREA SPIRITUALĂ

Dragoş Eugen Frâncu

MISIUNEA PREOTULUI ÎN ÎNGRIJIREA PALIATIVĂ

Medicina paliativă este cea care abordează global persoana suferindă, inclusiv în stadiile terminale, deşi vindecarea este imposibilă. Pentru fiecare dintre noi există un moment în viaţă când, fiind slăbiţi de puterile trupeşti, ne gândim la procesul pe care inevitabil îl vom întâmpina, însă putem spune că pentru cei care au trăit şi trăiesc cultivându-ţi sufletul şi trupul este mai uşor, în schimb pentru ceilalţi ajutorul este esenţial şi el trebuie să vină prin intermediul preotului ori a liderului spiritual. Încercând să dau o definiţie tratamentului paliativ precizez că acesta reprezintă ansamblul tratamentelor medicale şi chirurgicale, totalul îngrijirilor, toate susţinerile psihologice şi spirituale destinate să aline suferinţele somatice şi psihice, să amelioreze calitatea vieţii şi să asigure respectarea demnităţii condiţiiei umane oricărui bolnav indiferent de diagnostic.

Atât la naştere cât şi la moarte este necesară implicarea medicală pentru a asigura confortul pacientului, însă dacă naşterea reprezintă un fenomen firesc acceptat de societate, moartea este termenul care sperie de cele mai multe ori, el ieşind din învăţătura ori dorinţa de învăţătură a noastră. De aceea trebuie impusă schimbarea mentalităţii şi a atitudinii faţă de muribund, nu numai a personalului medical ci şi a societăţii. Pe lângă implicarea ştiinţifică se impune o implicare profund umanistă încadrată într-un proces şi demers religios.

PROBLEMA DE BIOETICĂ A SFÂRŞITULUI VIEŢII - O PERSPECTIVĂ CREŞTIN-ORTODOXĂ

Orice persoană aflată în faţa morţii, chiar dacă nu a făcut-o înainte, meditează asupra morţii, atât omul religios, cât şi cel nereligios. Toţi, în mai mică sau mai mare măsură se întreabă asupra tainelor morţii şi asupra a ceea ce va fi după moarte. Acest proces normal l-a preocupat pe om şi a devenit cel mai tainic subiect la care a încercat să răspundă de-a lungul timpului. În conceptul creştin moartea nu are nimic comun cu „sfârşitul”, în sens absolut,

moartea fiind doar un prag de trecere spre o altă dimensiune existențială.

Dacă un prunc atunci când se naşte, ieşind din pântecele maicii sale plânge, el o face deoarece nu cunoaşte viața de din afara pântecelui. Aşa se întâmplă cu cei care privesc ori meditează la moarte, se întristează pentru că ei nu cunosc acestă nouă dimensiune în care existăm. Astfel, prin prezența preotului care nu face decât să transmită pacientului învățătura biblică şi învățăturile sfinților părinți se face cunoscută şi înțeleasă noua dimensiune. Subiectul morții din punct de vedere material este inevitabil deoarece pacientul este cel care de fiecare dată vorbeşte exprimându-se fără a fi indus la timpul trecut.

Dialogul între preot şi pacient este de cele mai multe ori o trecere în revistă a evenimentelor petrecute şi din acest punct de vedere ca preot trebuie să analizezi foarte bine starea dar şi dispoziția pacientului pentru a-l face să înțeleagă cum că nimic nu se termină din timp ce ne-am născut şi că în moarte nu trecem într-o dimensiune statică, ci continuă sub o altă formă existența noastră. Marele teolog al ortodoxiei, Părintele Dumitru Stăniloaie spunea aşa: ”dacă totul s-ar finaliza în moarte, atunci ce rost ar mai avea suferința, bucuria; toată lupta noastră ar fi fără nici un temei".

Am vorbit până acum de acest subiect al morții deoarece, el reprezintă o taină de nedescifrat prin propria cugetatre, niciunul dintre oameni nu poate să ne asigure că prin propria lui cugetare ne poate da un răspuns corect şi ne poate asigura în ceea ce priveşte moartea. În concluzie, despre acest subiect care depăşeşte cugetările ce stau în firea omului şi pentru a înțelege moartea trebuie să intrăm într-un dialog cu cineva mai presus de firea noastră, dialogul cu Dumnezeu. Am considerat că în această lucrare este cel mai indicat să-mi prezint starea, dialogul şi trăirea pe care o am de fiecare dată când mă aflu în fața unui pacient suferind şi care necesită un astfel de tratament. Totodată afirm cu tărie şi sinceritate că tot ce am trăit până acum reprezintă un câştig real şi dar al existenței mele.

Plecând de la principiul că misiunea mea ca preot în acest spital mă obligă să dăruiesc tot ce am mai bun în mine, am descoperi că omul purtător de Hristos – cel ce dăruieşte, poate descoperi o mulțime de alte lucruri şi virtuți pe care le posedă ca dar de la Dumnezeu, dar şi poate primi de la cel căruia îi dăruieşte un dar înzecit. Tremurând poate de teama întâlnirii cu neprevăzutul, dar înarmat cu Hristos păşesc şi azi în mijlocul bolnavilor cu lecțiile

învățate, dar totodată pregătit să primesc o nouă temă pentru trup şi suflet.

Trupul şi sufletul au fiecare nevoie de o mângâiere. Trupul ce reprezintă partea materiei din care omul a fost creat, de cele mai multe ori tânjeşte după o mângâiere. Orice rană deschisă ca rezultat al bolii necruțătoare o poți închide printr-o întindere a mâinii tale, iar dacă o vei mângâia, aceasta va avea valoarea unei rugăciuni primite. Partea fizică a rugăciunii este reprezentată de punerea Sfântului Epitrahil pe capul ori trupul bolnavului ca semn al revărsării harului divin, iar atunci când tu ca om şi preot mângâi trupul bolnavului nu faci decât să participi la suferință oferind bunătatea ta. Sfântul Vasile Cel Mare vorbeşte deseori de bunătate ca virtute spre mântuire, atât a ta ca persoană implicată în relația cu Hristos, cât şi aceluia căruia i-o poți dărui.

O mână ce mângâie şi răcoreşte fruntea bolnavului permite uitarea şi alungarea durerilor, aducerea aminte a fiecărui lucru şi persoane dragi, precum şi momente de cumpănă, prin care a trecut, oferindu-i într-un final liniştea psihică şi limpezirea gândurilor, tulburate de teama sfârşitului. Dacă mâna ta dreaptă de preot va merge în dreptul inimii, atunci vei simți durerea şi chinul prin care trece suferindul, strângându-l de mână îi dăruieşti prietenia iar mângâindu-i tălpile picioarelor îi călăuzeşti paşii arătându-i calea cea dreaptă. Dacă trupul este supus tratamentului medical, iar ameliorarea ori vindecarea lui se află în directa preocupare a medicului şi a întregului corp medical, prin administrarea medicamentelor, psihicul revine în totalitate în mâinile preotului.

Preotul nu trebuie să se rezume numai la rugăciuni ci combinând învățătura creştină cu rugăciunea se poate înlătura această tristețe a pacientului. Nu trebuie oprită nici administrarea tratamentului, medicamentelor în ceea ce priveşte psihicul (anti-depresive şi psiho-stimulente), însă acestea având un efect pe termen scurt, ele trebuiesc susținute de un dialog cu subiecte legate de starea pacientului, preocupările şi planurile acestuia pe un termen cât mai lung. Vindecarea minții nu este posibilă prin leacuri, susține Sfântul Grigorie, care şi explică necesitatea împărtăşirii cu duhul sfânt al minții omului ”leacurile vindecării minții să nu le îndepărtăm precum şi harul Duhului Sfânt, ce vine de la Dumnezeu prin împărtăşirea cu trupul şi sângele lui Isus Hristos”.

Preotul trebuie să sădească în mintea fiecărui bolnav ce doreşte dialogul, necesitatea prezenței lui Hristos în starea reală, nicidecum simbolică...!!! Preotul exercită taina Euharistiei ulterior

tainei sfintei mărturisiri şi are aceasta putere de a purta şi administra trupul real şi sângele real al Mântuitorului Hristos. Plecând de la învățăturile Sfintei Scripturi, aflând despre nenumăratele minuni pe care Hristos Domnul le-a săvârşit asupra omului şi trebuie reținut că Mântuitorul nu s-a raportat numai la vindecarea unor boli terminale (exemplu: lepra, ciuma, orbire din naştere) ci a avut puterea să rămână neclintit şi în fața morții. Trupul mort al lui Lazăr a fost înviat, la fel ca şi cel al fiicei lui Iair, iar dacă azi ne bucurăm de un progres real al medicinei şi nu ne mai putem îndoi de existența persoanei Mântuitorului Hristos, nu ne rămâne decât să credem cu adevărat indiferent de postura ori gradul de nivel social şi intelectual de adevărata putere a lui Dumnezeu şi să-L percepem pe Isus Hristos prezent în fiecare moment al existenței noastre, ca pe un camarad şi tovarăş de drum în noua noastră dimensiune existențială de după moarte.

Am să închei acest scurt cuvânt al meu lăsând fiecăruia, care şi-a ales de bunăvoie, printr-o decizie liberă şi conştientă, participarea la această misiune deloc uşoară răspunsul la o întrebare:

DARUL MÂNTUIRII ESTE OFERIT DE NOI CELOR ÎNCERCAȚI DE BOALĂ, ORI NOI AVEM PRIVILEGIUL DE A-L PRIMI?

Supus, neputincios şi darnic,

PREOT FRÂNCU EUGEN DRAGOŞ